



2

VÅRDEN AV ÄLDRE

Översikt av vård och omsorg i 8 länder
- litteraturstudie med fokus på primärvården

TEGLE JANSSON & PARTNERS AB



INNEHÅLL:

INNEHÅLL:	2
Bakgrund till uppdraget	3
Källor	3
Rapportens innehåll och uppläggning	3
Vård och omsorg i 8 länder	4
Danmark	9
England	12
Finland	15
Frankrike	19
Holland	23
Norge	27
Spanien	29
Tyskland	32

Den jämförande studien av äldre vård har gjorts av Björn Jansson och Stig Tegle, TJP Tegle, Jansson & Partners AB på uppdrag av PRO

De åtta länderna som granskats är Danmark, Finland och Norge samt i England, Frankrike, Holland, Spanien och Tyskland.

Studien redovisas i tre rapporter som samtliga finns att ladda ner från PRO:s hemsida www.pro.se

De tre rapporterna samt en kortare redovisning av studien kan också beställas från PRO:s kansli.

PRO, Box 3274, 103 65 Stockholm, 08 701 67 00



BAKGRUND TILL UPPDRAGET

Tegle Jansson & Partners AB (TJP) har av PRO fått i uppdrag att med stöd av internationella jämförelser analysera primärvårdens funktion i Sverige med utgångspunkt i de äldres behov.

PROJEKTET BESTÅR AV TRE DELAR:

Del 1: Svensk hälso- och sjukvård ur ett äldreperspektiv

Litteraturstudie kompletterad med några intervjuer av utvalda personer avseende problem i den svenska sjukvården ur ett äldreperspektiv, med fokus på primärvård.

Del 2: Internationell jämförelse

av några utvalda länder i Europa – litteraturstudie.

Del 3: Fördjupande intervjustudie i utvalda länder

Besök och intervjuer med nyckelpersoner i ett urval länder.

Denna rapport utgör del 2 ovan.

KÄLLOR

Beskrivningen av de åtta ländernas sjukvårdssystem bygger till stor del på den serie nationella studier, "HiT- profiles", som publicerats av European Observatory on Health Systems and Policies i serien "Health Systems in Transition".

RAPPORTENS INNEHÅLL OCH UPPLÄGGNING

Huvuddelen av rapporten är en detaljerad beskrivning av resp. lands system för och finansiering av hälso- och sjukvården. Tyngdpunkten i redovisningen ligger på primärvård och äldreomsorg. Källmaterialet har dock varierande omfattning, särskilt vad gäller beskrivning av vård- och omsorgsförhållandena för äldre.

Grundmaterialet har olika publicerings- eller dataår för de åtta länder. Från 1999 för England till 2008 för Finland. Detta har i allmänhet mindre betydelse eftersom sjukvårdssystemen är grundade på resp lands tradition och kultur, vilket innebär att stora förändringar i sjukvårdssystemen sker långsamt. Väsentliga uppgifter för samtliga länder har dock uppdaterats till 2008/09 års nivå.

Rapporten inleds med ett sammanfattande avsnitt som ger olika "helikopterperspektiv" på ländernas system för vård och omsorg.

Till denna rapport finns två bilagor:

Bilaga 1: Hälso- och sjukvårdsdata i olika länder

Bilaga 2: Utvecklingen av allvarlig oförmåga bland äldre i sex länder inklusive Sverige



SAMMANFATTANDE BILD: VÅRD OCH OMSORG I 8 LÄNDER

SYSTEM OCH SYSTEMFÖRÄNDRINGAR

Tradition, historia och kultur har stor betydelse för hur dagens sjukvårdssystem ser ut och fungerar i olika länder. Så genomförde t.ex. Otto von Bismarck en lagstiftning om hälsoförsäkring i Tyskland 1883 som gjorde det obligatoriskt för anställda och arbetsgivare på ett företag att tillhöra och bidra till en sjukkasse som i sin tur finansierade vård för medlemmarna. Detta system med kvasi-offentliga, mer eller mindre oberoende, sjukkassor som svarar för medicinsk vård och omsorg fungerar än idag i Tyskland, Frankrike och – fram till 2006 - i Holland. Detta system kallas idag för "Bismarck-modeller".

I december 1942, mitt under brinnande krig, lade ekonomen William Beveridge fram ett förslag om ett heltäckande vård och omsorgssystem för alla innevånare - oavsett inkomst, samsättning eller ställning och med solidarisk finansiering via skatterna¹. Detta system är i stort intakt i England (UK) än idag och Beveridges rapport har påverkat utvecklingen av sjukvårdssystemen i många andra länder i framför allt norra Europa².

En annan viktig faktor som påverkar både utformning och funktion av vård- och omsorgssystemen gäller synen på familj och kvinnans ställning i samhället. I länder med en mer traditionell ("katolsk") syn blir det självklart att familjen (släkten, nätverk) är basen för omsorg av behövande (barn och gamla). Eftersom män historiskt har arbetat utanför hemmet och kvinnorna i hemmet har i det inneburit att det är kvinnorna som får stå för den största delen av (avlönat och oavlönat) vård och omsorgsarbete, främst i hemmet. Framför allt gäller detta kvinnor i åldersgruppen över 50 år där skillnaderna mellan länderna fortfarande är stora.

Detta innebär att kvinnornas förvärvsfrekvens både påverkar - och påverkas av - hur systemet för vård- och omsorgen fungerar. I länder med låg andel kvinnor som arbetar utanför hemmet blir det naturligt att bygga på omsorg i hemmet och tvärtom i länder där kvinnorna arbetar utanför hemmet. Det har dock under de senaste 10 åren skett en kraftig ökning av den kvinnliga förvärvsfrekvensen i traditionellt "katolska" länder som Spanien, Holland och Tyskland³. Den senare utvecklingen innebär att de som ansvarar för vård och omsorg i dessa

¹ En viktig drivkraft bakom förslaget var det mycket stora skillnader i tillgång till vård och omsorg som fanns i mellankrigstidens England. Förslaget blev lag 1946 och National Health Service bildades 1948 för att driva systemet.

² Båda modellerna är system för omfördela (poola) risk mellan individer. Bismarcksmodellen gör detta inom mindre grupper (sjukkassor) medan Beveridgemodellen gör det med hela befolkningen som bas. Fördelen med den förra modellen är att avgifter och förmåner kan anpassas till resp grupps preferenser medan fördelen med den senare är att avgifter och transaktionskostnader blir mycket små eftersom hela befolkningen är basen. Nackdelarna är spegelbilden av detta: Bismarckmodellen kan ge upphov till högrisk- resp lågriskkassor som minskar försäkringsfunktionen (blir selektion av medlemmar). Beveridgemodellens nackdel är att vård och omsorg tenderar att bli lika för alla med mindre hänsyn till olika individers behov.

³ Från 1996 till 2006 steg den kvinnliga förvärvsfrekvensen i Spanien, Holland och Tyskland med 13, 11 resp 7 procentenheter (motsv för Sverige var 0,3 procentenheter).



länder måste öka andelen (offentligt eller privat finansierad) vårdproduktion utanför hemmet.

De åtta länder som analyseras i denna rapport har klassificerats i tabell 1 nedan. Klassificeringen har gjorts dels efter de två modellerna ovan för sjukvårdens organisering och dels efter vilken grundmodell som gäller för vård och omsorg för äldre. Klassificeringen är givetvis grov och diskuteras närmare nedan.

TABELL 1: KLASSIFICERING AV ÅTTA LÄNDER. SJUKVÅRDENS ORGANISATION OCH FINANSIERING

Omsorg om äldre:	"Bismarck"	"Beveridge"
Bas i familj	Frankrike (GK) Tyskland	England (GK) Spanien (GK)
Bas i offentlig eller marknadsproduktion	Holland (GK)	Finland Norge (GK) Danmark (GK)

GK = innebär att allmänläkaren fungerar som grindvakt ("gatekeeper") för att patienten skall komma vidare i vårdkedjan)

I tabellen är också markerat – via (GK) – om landet har primärvården som en "gate-keeper" funktion. Som framgår har alla länder utom Finland och Tyskland (och Sverige) denna funktion, vilket har betydelse för hur vården fungerar för äldre (se nedan).

Nu är alla sjukvårdssystem – hur kulturellt bundna de än är – utsatta för förändringstryck i form av t.ex. befolknings- och kostnadsutveckling. I "Bismarckianska" länder som Frankrike och Tyskland försöker staten idag styra mot en modell a la Beveridge för att dämpa kostnadsutvecklingen och minska sjukvårdens styrning. Kraftigt ökat vårdbehovet i form av ökande andel gamla tvingade Tyskland i mitten på 1990-talet att införa en central helt ny (Beveridge) skattefinansierad nationell socialförsäkring som betalar långvård för äldre.

I England har man sedan början av 1990-talet drivit på en regionalisering av ansvar för och produktion av både sjukhus- och primärvårdstjänster – dock fortfarande under statlig kontroll. I Holland har staten en mycket kraftig reglerande styrning över avgifter, förmåner och regler för de privata försäkringsbolag som sköter hälso- och sjukvården.

I både Norge och Danmark har staten tagit bort mellannivån för sjukvårdsstyrning (landsting) och lagt allt ansvar för sjukhusen hos regionala statliga organ. I Finland finns inte heller någon formell mellannivå utan ett stort antal små kommunerna har hand om all vård och omsorg medan staten har liten betydelse för denna styrning. I Spanien sköter de mer eller mindre autonoma regionerna nästan all vård och omsorg men inom ramen för en skattefinansierad (Beveridge) modell.

VÅRD OCH OMSORG FÖR ÄLDRE

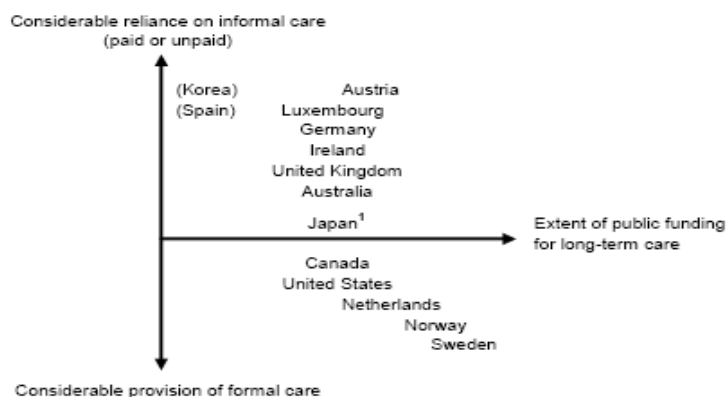
I länder med en stark ställning för den kommunala nivån – Danmark, Finland, Norge och delvis England – finns också ett odelat kommunalt ansvar för vård och omsorg om äldre. I



länder med starka sjukkasse- eller försäkringssystem – Holland, Tyskland och delvis i Frankrike – har den lokala nivån liten betydelse. I Spanien delas ansvaret för vård och omsorg om äldre mellan kommunen och regionen.

OECD har gjort ett försök till klassificering av några länder (sex av de studerade 8 länderna) efter grad av formell (anställd eller köpt tjänst) resp informell vård (av anhörig) för äldre (se figur 1 nedan)⁴.

FIGUR 1: FÖRDELNING MELLAN FORMELL RESP INFORMELL VÅRD FÖR ÄLDRE



Tre grupper av länder kan identifieras i figuren (Finland, Danmark och Frankrike ej med):

- **Sverige, Norge och Holland:**
Stor andel *formell* vård och hög andel offentlig finansiering.
- **Tyskland och UK:**
Stor andel *informell* vård med genomsnittlig offentlig finansiering.
- **Spanien:**
Stor andel *informell* vård och låg andel offentlig finansiering:

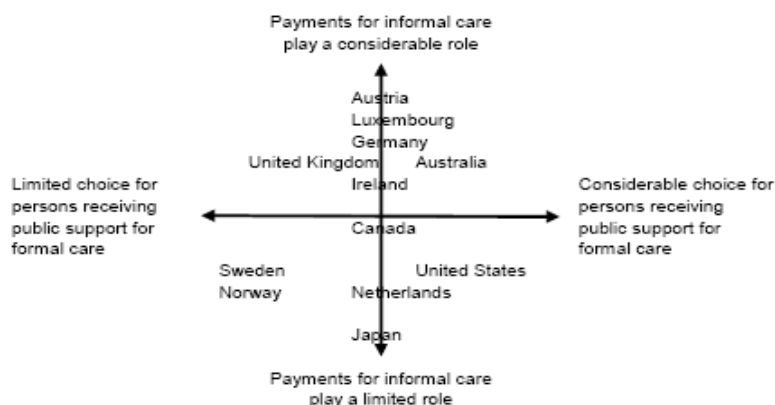
En indelning som OECD också gjort gäller fördelningen mellan länder i grad av personlig valfrihet inom vård och omsorg för äldre när det gäller att erhålla finansiellt och/eller vård-tjänster (se figur 2 nedan)⁵.

⁴ "Consumer Direction and Choice in Long-term Care for Older Persons, Including Payment for Informal Care", OECD Health Working Papers no 20, May 2005.

⁵ Se ovan.



FIGUR 2: FÖRDELNING MELLAN INDIVIDUELL VALFRIHET FÖR STÖD FÖR VÅRD AV ÄLDRE



Enligt figur 2 hamnar Sverige och Norge i en "extremgrupp" med lite valfrihet och lite stöd för informell vård. I Tyskland och England (UK) är valfriheten för de äldre större samtidigt som andelen stöd till informell (anhörig)vård är större. Holland hamnar delvis i den nordiska "extremgruppen" men med större valfrihet vid val av offentliga vårdtjänster.

Detta illustrerar att också omsorg för äldre påverkas av de grundläggande skillnaderna mellan ländernas sjukvårdssystemen (Bismarck vs Beveridge). Valfriheten är ofta större i "Bismarckianska" system men samtidigt är tjänstebudet för stöd och hjälp (framför allt i hemmet) underdimensionerat eftersom det byggts (bygger?) på billigare informell vård av anhöriga. I alla länder försöker man nu bygga ut stödet för vård och omsorg i hemmet men man ligger efter den snabba ökningen i behoven (Finland, Frankrike, England, Spanien).

Att det är kvinnorna som står för den största delen av den informella vården illustreras i diagram 1 nedan som visar den kvinnliga förvärvsfrekvensen i åldersgruppen 50-59 år i olika länder fördelade i tre olika grupper efter grad av formell/informell vård av äldre.

I diagram 1 delas länderna in i tre grupper. Vi anger här bara de 8 studerade länderna plus Sverige:

1. Länder med stor andel formell vård men begränsat ekonomiskt stöd till informell vård: Sverige, Norge, Danmark. Förvärvsfrekvensen för kvinnor 50-59 år är hög samtidigt som de flesta arbetar heltid. Detta gäller dock inte Holland som placerats i denna grupp av OECD (se källa).
2. Länder med begränsad andel formell vård men med stor andel ekonomiskt stöd till informell vård och lägre förvärvsfrekvens: England, Tyskland.
3. Övriga länder: Här finns Spanien med en mycket låg andel kvinnor i åldersgruppen som arbetar

Diagrammet är inte Finland och Frankrike med men Finland tillhör grupp 1 och Frankrike grupp 3 (övriga).



DIAGRAM 1: KVINNIG FÖRVÄRVSFREKVENNS I ÅLDERSGRUPPEN 50-59 ÅR UPPDELAT PÅ HELTID RESP DELTID 2003 I TRE OLIKA LÄNDERGRUPPER EFTER GRAD AV FORMELL/INFORMELL VÅRD AV ÄLDRE⁶



LÄNDER SOM EXEMPEL FÖR SVERIGE?

I tabell nedan ges ett försök till en *kvalitativ* sammanfattande bild av några viktiga frågor från redovisningen i rapport nr 1. Underlaget till bedömningen i tabellen är den redovisning av de enskilda länderna som utgör huvuddelen av denna rapport. Underlaget för bedömningarna är dock mycket varierande och ofta baserat mera på kvantitativa än kvalitativa uppgifter om systemens funktionalitet.

TABELL 2: KVALITATIV BILD AV DE OLIKA LÄNDERNAS VÅRD- OCH OMSORGSSYSTEM MED UTGÅNGSPUNKT I VÅRDEN AV ÄLDRE.

	Primär-vårdens status	Relation primärvård-sjukhusvård	Relation primärvård - social vård	Institutions-vård & vård i hemmet
Danmark	Hög	Problem	-	-
England	Hög	Ok	Problem	Lite institutionsv
Finland	Hög	Problem	Problem	Lite hemvård
Frankrike	Hög	Problem	Problem	Liten omfattning
Holland	Hög	Ok	Problem	Hög nivå båda
Norge	Låg	-	Problem	-
Spanien	Hög	Problem	Problem	Liten omfattning
Tyskland	Hög	Problem	Problem	Mkt ekonomiskt stöd

⁶ Källa: "Consumer Direction and Choice in Long-term Care for Older Persons, Including Payment for Informal Care", OECD Health Working Papers no 20, May 2005.



Enligt tabellen skulle länder som Holland vara ett föredöme i allmänhet medan det i många länder finns en primärvård med hög status. Omvänt finns i flera länder problem med samarbetet mellan primärvård och sjukhusvården och mellan social vård och primärvård.

DANMARK ⁷

Danmark har en stark central statlig styrning av sjukhusvården och primärvården medan kommunerna ansvarar för äldrevården.

1. ORGANISATION - FINANSIERING:

From 2007 avskaffades landstingens beskattningsrätt och nu har fem regioner hand om all sjukhusvård, primärvård, tandvård och läkemedel. Regionerna styrs av ett regionråd som väljs vart fjärde år och som till 80-85 procent finansieras från staten, enligt ett komplicerat vägningsssystem, och till 15-20 procent genom uppdrag från kommunerna. Det finns 96 kommuner som ansvarar för bl a hemtjänst, särskilt boende för äldre (se nedan) och som har egen beskattningsrätt som i Sverige.

Den statliga styrningen av regionerna är relativt stor där staten bl.a. anger hur avtalen mellan regionerna och kommunerna skall se ut. Det nya systemet ger mycket makt till kommunerna men samtidigt finns oro över att kommunerna inte har kompetens att beställa adekvat sjukhusvård mm. Risken finns att kommunerna mera ser på sätt att spara pengar (dvs inte betala för tjänster från regionerna) än att satsa på långsiktiga preventiva åtgärder.

Nästan alla sjukhus är offentliga men det finns ett mindre antal privata sjukhus och specialister, men ingen fri etableringsrätt. Vårdgivare måste ha avtal med regionen för att ta emot patienter för skattefinansierad vård.

Regionerna finansierar också primärvården i form av allmänläkare. En tredjedel av allmänläkarna arbetar i enmanspraktiker, resten i flerläkarstationer och andelen ökar över tid. Allmänläkarna har "gate-keeper"-roll a la England. Men efter remiss kan patienten själv välja sjukhus. Dock finns ingen fri etableringsrätt för allmänläkarna som har listning av patienter upp till ett visst tak. Antalet allmänläkare per invånare varierade 2003 mellan regionerna, men i genomsnitt har varje läkare ca 1500 listade patienter. Det finns problem med att ersätta pensionerade allmänläkare i glesbygd. Ersättningen är från en tredjedel till hälften baserad på fast ersättning (kapitering) och i övrigt för utförda tjänster.

På sjukhusen har, som i de flesta andra länder, det genomsnittliga antalet behandlingsdagar per patient sjunkit kraftigt. En baksida av detta har varit att sjukhusen tvingat kommunerna att betala medicinsk för färdigbehandlade patienter som kommunerna inte kunnat ta emot pga bristande öppenvårdsresurser.

Staten försöker också öka samarbetet mellan sjukhusen och primärvården. 2005 kom en ny lag som tvingar sjukhusen att utse speciella patientkoordinatorer på sjukhusen. De skall se

⁷ Grunddata från Health System Review, Vol 9, no 6, 2007 (European Observatory on Health Systems and Policies)



till att patientinformationen mellan sjukhus, kommun och primärvård fungerar. Genom att varje allmänläkare har fritt val när det gäller att remittera till sjukhus ser det ut som trycket på sjukhusen att ge bra service till primärvården ökat.

2. KOMMUNERNA

Kommunerna driver och har ansvar för vårdhem (plejehem), hemvård och hembesök. All personal är anställd till fast lön av kommunen. I kommunerna ha man kraftigt ökat resurserna (dagvård, hemtjänst, hemsjukvård, allmänläkare) så att kronisk sjuka kan bo kvar hemma. Varje enskild boende har nu en registrerad allmänläkare medan det tidigare var en läkare för resp institution. Egenavgifterna för boende är relativt höga och beror på inkomst och förmögenhet; även pensioner avräknas för att betala delar av boende- och vårdkostnaden.

Sedan 1987 har ålderdomshem definierats som ordinärt boende. Men enligt en ny lag från detta år har inga nya ålderdomshem byggts och antalet boende i sådana har sjunkit, från ca 51.000 1987 till ca 30.000 2003.

År 2007 beslutades om en reform som skulle få kommunerna att ta mera ansvar för sjukdomsprevention och rehabilitering. Bl.a skulle kommuner bilda hälsocentraler för att ta hand om mindre sjukdomar. Denna reform har läkarna protesterat emot. Pilotprojekt med statlig finansiering har emellertid startats på olika håll i Danmark.

3. REHAB, ÄVEN FÖR ÄLDRE, ÄR KOMMUNENS ANSVAR

Rehabilitering är delvis ett ansvar för sjukhusen medan kommunerna har ansvar för träning och rehabilitering som inte görs på sjukhusen. Det finns ett fåtal privata kliniker som arbetar med sjukgymnastik, arbetsanpassning, kiropraktik mm.

Rehab är gratis för patienterna och allt fler sjukhus inrättar rehabkliniker för äldre.

Kommunerna erbjuder olika rehabiliteringsmetoder, inkl träning i hemmet, i dagcenter och i speciella kommunala rehabcenter. Det finns också avtal mellan kommuner och regionerna om gemensamt finansierade rehabiliteringsinsatser, på det vanliga sjukhuset, på speciella rehabsjukhus eller i kommunen.

4. LÅNGVÅRD

Kommunerna har ansvar för vård av äldre, handikappade, psykiskt sjuka och hemlösa. Det gäller både för vård i hemmet och i speciellt boende. Vården finansieras via kommunalskatt och utförs till stor del av kommunalt anställd personal. Emellertid ökar andelen kontrakt med icke-vinstdrivande privata vårdproducenter. Mat, städning mm köps av vanliga vinstdrivande företag.

5. ÄLDRE

För att minska kostnaderna för vård till allt fler äldre försöker kommunerna att så långt som möjligt öka insatserna för egenvård, inkl vård i hemmet. Det innebär också att man försöker



spara genom att öka andelen egenavgifter och genom att lägga ut mera av vårdtjänsterna till icke-vinstdrivande privata organisationer

Kommuner ger hemtjänst i form av hjälp med städning, inköp, tvätt, matlagning, hjälp med personlig hygien etc. Anhöriga till vårdbehövande kan få hjälp och avlastning med vård i hemmet. Det finns två former av stöd i hemmet: långvarig och kortvarig hjälp. Den långvariga hjälpen är gratis medan den kortvariga betalas av patienten beroende på inkomst. Det finns också ett omfattande system med sjuksköterskor, som ger dygnet runt hjälp med medicinsk vård i hemmet.

För vård utanför hemmet finns en hel rad av alternativ: ålderdomshem, 55+boende (sk "gated communities"), servicehus och långvårdshem som alla är gjorda för enbart äldre. Där kan man välja mellan en-personsrum eller två-personers rum. Det finns också dagcenters till vilka äldre får gratis transporter från hemmet. Och det finns vidare avlastningshem för att minska belastningen för anhörgivårdare.

Pensionärer som har problem att betala kostnader för recept kan få bidrag från kommunen.

PROBLEM

"The patient pathways in the Danish health care system are not always free from problems. Lack of coordination regarding the primary/secondary care interface can harm the delivery of integrated care, with unnecessary delays and complications possibly leading to a suboptimal clinical outcome for vulnerable groups, such as the elderly and the chronically ill. Some problems have been identified, such as an unsettled responsibility and lack of mutual understanding between providers, and inadequate communication systems. Seen from the patient's point of view, this reflects a fragmented health system that is inefficient in terms of continuity, coordination and information exchange"⁸.

⁸ Healths Systems Review, sid 100.

ENGLAND⁹

England har ett helstatligt system (National Health Service, NHS) för både sjukhusvård och primärvård¹⁰. Ansvaret för äldrevården är delad mellan NHS och kommunerna.

1. ORGANISATION- FINANSIERING:

England har förstås ett Beveridge-system. Staten har hand om all sjukvård och den är gratis för alla invånare och finansieras nästan helt (94 %) via skatter.

Totalt har NHS i Storbritannien (inkl Skottland, Nordirland och Wales) 1,5 miljoner anställda varav ca 90.000 är sjukhusläkare och 35.000 GPs, dvs allmänläkar. 400.000 är sjuksköterskor och 16.000 arbetar med ambulanstransporter. Dessutom tillkommer annan vårdpersonal och personal som har hand om ekonomi, städning, mat, etc. Systemet är under hård (ekonomisk) styrning från regeringen (hälsodepartementet) och den årliga budgeten, ca 90 miljarder pund 07/08, behandlas i regeringens ordinarie budgetprocess.

Hälsoministeriet fördelar pengar till tio regionala hälsomyndigheter, SHA, som har planeringsansvar för både primärvård och sjukhusvård inom sin region. Regionen har i genomsnitt ca 4 miljoner invånare, utom Londonområdet som har 7 miljoner. SHA har också tillsynsansvar inom sin region vad gäller medicinsk kvalitet, åtgärder för minska vårdköer och skall också se till att nationella vårdprioriteringar (diagnosgrupper, patientgrupper, prevention mm) följs.

Fördelningen av pengar till respektive SHA sker per invånare, men med hänsyn till olika faktorer som påverkar förväntad vårdkonsumtion, som kön, ålder, socioekonomiska förhållanden, sjuktal etc. Inom varje SHA finns sedan distriktshälsomyndigheter, DHA. De får sin budget från SHA och har sedan det direkta *operationella* ansvaret för att befolkningen har tillgång till fungerande sjukhus- och primärvård mm (se nedan). Det finns ca 100 DHA med i genomsnitt ca 500.000 invånare. Antalet varierar från 100.000 till 800.000. DHA skriver, som köpare av vård, olika former av kontrakt inom sjukhus- resp primärvården med olika offentliga producenter och "trusts"(se nedan). Antalet läkare och sjuksköterskor per invånare är lågt England vid jämförelse med andra EU-länder.

Thatcher-regeringen introducerade i början av 1990-talet den "inre marknaden" där NHS bara skulle vara upphandlare och där ansvaret för produktion och för samordning mm, via marknadsmekanismer, skulle övergå till många lokala offentliga och privata producenter.

⁹. Grunddata från Health System Review, 1999 (European Observatory on Health Systems and Policies) med uppdateringar från NHS 's hemsida 18 mars 2009.

¹⁰ Framför allt Scotland men även Wales och Nordirland har delvis annorlunda system varför redovisningen nedan enbart gäller England (sjukvårdssystemen i Scotland, Wales och Nordirland finansieras dock nästan helt från regeringen i London).



Det har idag mera blivit ett system för *samarbete* ("partnership") mellan *relativt* självständiga producenter och NHS's regionala myndigheter. Budgetstyrningen är dock centraliserad i ett rakt led från departementet till den lägsta regionala nivån.

1. SJUKHUS

De flesta sjukhus, inklusive specialist- och universitetssjukhus, inom ett distrikt (DHA) är samlad i en organisation ("Acute trust"). Den svarar för planering och koordinering mm inom och mellan sjukhusen men får budget, direktiv mm från SHA. Samma gäller för mentalsjukhus som har egen trust.

En grupp sjukhus kan även bilda en (från SHA) oberoende organisation (Foundation trust) som drivs av egen ledning/personalen och som kan skriva kontrakt med *olika* offentliga parter (inte bara med "sin" SHA). Det finns i landet som helhet ca 175 acute trusts (och 60 trusts för mentalsjukhus) med ca 1.600 sjukhus. Det finns ca 115 "foundation trusts", nästan alla i England. OBS: Alla dessa sjukhus ägs av staten och alla personal är anställd av NHS

Basen i sjukhussystemet är ett Distrikt General Hospital (DGH) som vart och ett ska ge full sjukhusservice till ett befolkningsområde med ca 150-200.000 invånare.

Dessutom är England regionvis uppdelat i elva "ambulance trusts" som servar alla SHA med ambulanstransporter. Personalen är anställd av NHS

De flesta allmänläkare (General Practitioner, GP) och även tandläkare ingår i en av Englands 150 Primary Care Trust (PCT). PCT planerar och ansvarar för primärvården och för samordningen mellan sjukhusvård, primärvård och lokala, kommunala sociala omvårdnaden för bästa vård för den enskilde patienten. Sammanlagt går ca 80% av NHS budget genom dessa PCT med totalt ca 30.000 GPs och 18.000 tandläkare. OBS: Dessa läkare, GPs, och tandläkare är *inte* anställda av NHS utan är självständiga vårdgivare, men de ingår i NHS och respektive PCT. Syftet är att PCT efterhand skall få allt större ansvar för all vård som NHS finansierar.

2. PRIMÄRVÅRD

Ca 99% av engelsmännen är listade hos en GP som har en strikt roll som grindvakt "gate-keeper". 90 % av alla patientkontakter inom NHS sker med en GP. Valet av GP är fritt men få byter GP. GP arbetar i grupper om minst 4 läkare och endast en av tio GP arbetar numera i ensampraktik. GP är självständiga vårdproducenter vars nationella organisation årligen förhandlar med hälsoministeriet kring ersättning, regler mm.

Det råder etableringskontroll med krav på tillstånd (från en nationell myndighet) för att sätta upp en ny GP-enhet. På senare år har andelen för fast kapitring (mest pengar) och ett fast årligt grundbelopp (näst mest pengar) minskat till förmån för ersättningar för olika hälsoinriktade insatser; efter mål om hälsokontroller, preventiva aktiviteter mm för listade patienter. Ersättningarna är beräknade att täcka alla kostnader för enheten (hyror, material, datorer, anställda, mm) och ett överskott som skall motsvara läkarens lön.



3. SOCIAL OMVÅRDNAD

Det finns två helt olika service- och finansieringssystem för omhändertagande:

- Hemsjukvård (district nurces) betalas av NHS och personalen är anställd av NHS (arbetar i praktiken som en del av sjukhusen och har mest bara kontakt med dem).
- Socialtjänsten (kommunal): hjälp med medicinering, städning (varierar dock mellan olika kommuner om städning ingår eller ej), personlig hygien, shopping, etc.

GP och deras "practising nurses" har mycket liten roll inom socialtjänsten.

Med social omvårdnad menas i England dels långvård och ålderdomshem för äldre och institutionsvård för mentalt eller fysiskt handikappade. Och dels hemtjänst av olika slag (inkl medicinsk vård/hjälp). Ansvar för planering, tillgång mm är ett *delat ansvar* mellan NHS och kommunen. Men det fungerar hittills dåligt med samarbetet vilket man nu försöker ändra.

Det normala i England är att nära anhörig har hand om vården för vårdbehövande (både äldre och yngre) i sitt eget – eller i den vårdbehövandes – hem. Det finns nästan 6 miljoner sådana informella vårdgivare och det finns en sådan vårdgivare i vart sjätte hushåll.

Under 70- och 80-talet stängdes – precis som i Sverige – många institutioner till förmån för att patienterna skall övergå i eget boende. Men framväxten av tjänster för eget boende klarade inte av det ökade behovet, framför allt från det ökande antalet vårdbehövande äldre. Under 1980/90-talet subventionerade NHS framväxten av privata långvårdsgivare; dessa finansierades av centrala skattemedel. Från 1980 till 1994 växte antalet platser för äldre i sådana ålderdomshem från 36.000 till över 164.000; under samma tid föll antalet platser i motsv inst som *kommunen* stod för från 114.000 till 69.000 platser. Dvs en nettoökning med ca 80.000 platser.

Systemet har nu ändrats så att kommunen gör utredning om vårdbehov och har ansvar för att lämplig hjälp finns tillgänglig. Den centrala finansieringen av långvård har försvunnit och pengarna går nu i stället kommunen som i sin tur betalar för vården. För äldre gäller strikta och låga inkomstgränser för att få hjälp: har man tillgångar för mer än 22.000 pund (år 2008) - *inkl* nettovärdet av den ev ägda fastigheten – får man ingen hjälp (eller får betala alla kostnader själv). Har man nettotillgångar över 10.000 pund får man betala delar av kostnaden medan individer med tillgångar under detta belopp får vården gratis.

Det startade en politisk debatt om fall där äldre tvingats sälja sitt hus för att få hjälp. Det har sedan lett till att man delat upp kostnaderna för institutionsvård i tre delar: hyra, levnads-kostnader resp vårdkostnader. Vårdkostnaden är gratis medan patienten skall bidra till övriga kostnader efter sin förmåga (tillgångar, se ovan).

Nya regler gäller också för NHS där man direkt kan ge pengar till kommunen för att finansiera långvård mm för äldre. Och omvänt kan kommunen betala till NHS för viss medicinsk vård till äldre och andra vårdbehövande. Den fysiska standarden i långvård och ålderdomshem (mat, antal äldre per rum, underhåll av fastigheten, uppvärmning mm) är låg i



England och numera har ansvaret för tillsyn av dessa institutioner övergått från kommunen till nationella organ.

Under senaste åren finns också möjligheter att ge vårdbehövande äldre en egen personlig budget som kan användas för lön till anhöriga eller till köp av tjänster på marknaden. Enligt en undersökning var det dock bara ca 42.000 personer av ca 1 miljon berättigade som fick en personlig budget (mars 2006).

4. PRIVAT VÅRD OCH PRIVATA VÅRDFÖRSÄKRINGAR

Ungefär 10% av befolkningen har privata vårdförsäkringar, de flesta kollektiva baserade på arbetsgivaren. Dessa är koncentrerade till högre inkomstgrupper och täcker mest akut sjukhusvård.

Det finns mycket litet privat primärvård i England och de privata vårdcentraler som finns är koncentrerade till London.

FINLAND¹¹

I Finland drivs all sjukvård, inklusive äldrevård, av de över 400 kommunerna. Staten har en relativ liten betydelse.

1. ORGANISATION - FINANSIERING

I Finland sköts nästan hela hälso- och sjukvården, primärvård och sjukhusvård, av de drygt 400 kommunerna. Staten spelar liten roll, vilket iunnebär att Finland har ett av de mest decentraliserade sjukvårdssystemen inom EU. Staten har dock allmän tillsynsroll mm i form av fem regionala representanter (motsvarande den tillsyn svenska länsstyrelser haft av sjukvården). Staten bestämmer även över läkemedelspriser, ger ut normer och nationella riktlinjer mm och den driver två rättspsykiatriska sjukhus samt sjukhus för militär personal respektive för interner.

Det finns inga landsting utan kommunerna driver gemensamt sjukhus genom samverkan i 20 sjukhusdistrikt. Dessa fungerar som svenska kommunalförbund med politisk ledning mm. Primärvården är uppdelad på två delar eftersom *företagshälsovården* i Finland, som är obligatorisk med statliga bidrag (subventioner, motsvarande c:a 40% av kostnaden), även ger allmän primärvård för de anställda. Ca 13% av *befolkningens* alla besök i primärvården sker inom ramen för företagshälsovården. För *anställda* gäller att ca 45 % av öppenvårdsbesöken i primärvården görs hos företagshälsovården, ca 35 % hos kommunernas hälsocentraler och 15 % i privata vårdcentraler.

¹¹ Grunddata från Health System Review", Vol 10 no 4, 2008 (European Observatory on Health Systems and Policies)



Kommunerna har hand om primärvården inkl *äldreården* och varje kommun måste ha minst en hälsocentral (VC). Många mindre kommuner samarbetar om gemensamma hälsocentraler.

Det finns också *privat* sjukvård i form av specialister, sjukgymnaster, tandläkare, allmänläkare och sjukhus men de har relativt liten roll (utom vad gäller tandläkartjänster). Av Finlands ca 16.000 läkare arbetar ca 1.700 helt i privat regi och ca 30% (av totalen) är offentligt anställda men arbetar parallellt deltid i privat praktik.

Kommunerna är många och ofta mycket små: befolkning från som minst 250 (!) invånare till 560.000. Mediankommunen har 13.000 invånare. Mer än 75% av kommunerna har mindre än 10.000 inv och 20% av kommunerna har mindre än 2.000 inv. Detta upplevs i Finland som det största problemet för en bättre sjukvård – även om mindre kommuner samarbetar om gemensamma VC mm. Sjukvårdskostnaderna per inv varierar kraftigt mellan kommunerna och dessa skillnader kan inte förklaras av skillnader i olika objektiva vårdbehov i kommunerna. Det finns också stora (oförklarade) skillnader i behandlingstider, praxis mm vad gäller både sjukhus- och primärvård. Staten försöker ingripa genom att bestämma nationella kvalitetsmål mm men problemen kvarstår.

Sjukhusdistrikten består av minst ett sjukhus och varje kommun måste tillhöra ett sådant distrikt. Distrikten finansieras och styrs av deltagande kommuner och ersättningen till sjukhusen bygger på fee-for-service principen. Antalet kommuner som är medlemmar i sjukhusdistrikt varierar från 6 till 58 (!). Distrikten har mellan 65.000 till 1,4 miljoner invånare (Helsingfors).

Undantaget är Åland som är en unik autonom region i Finland med egen styrelse som också har hand om sjukhus och primärvård och som köper vissa specialisttjänster från Finland och Sverige.

Finland har ungefär samma läkartäthet som andra nordiska länder.

FINANSIERING

Ca 20% av de totala sjukvårdskostnaderna betalar av staten i form kommunala bidrag. Ca 17% betalas från den statliga socialförsäkringen och består av subvention av läkemedel, bidrag till sjukresor samt sjukpenning och mödravårdspenning¹². 40 % betalas från kommunerna och resten (ca 20%) består av patienternas egenavgifter.

Enbart ca 50% av kommunernas inkomster kommer från den kommunala beskattningen som förutom av kommunal inkomstskatt (87% av kommunernas inkomster) består av fastighetsskatt och delar av den statliga företagsvinstbeskattningen.

All finansiering (statlig och kommunal) sker via den allmänna beskattningen och arbetsgivaravgifter. Kommunal finansiering kommer helt från den kommunala inkomstskatten mm, plus statliga bidrag som årligen förhandlas mellan stat och kommunerna. De statliga bidra-

¹² Här räknar man alltså in transfereringar i sjukvårdskostnaderna vilket man inte gör i andra länder.



gen är ofta förbundna med olika villkor vad gäller satsningar på nationella prioriteringsmål etc. De statliga bidragen svarar för ca 25-30 % av kommunernas kostnader rörande sjukvården. De statliga bidragen baseras (som i Sverige) på ett komplicerat system av förväntade vårdmarkörer (ålder, kön, dödlighet, geografi, arbetslöshet etc).

Av kommunernas kostnader står hälso- och sjukvården för ca 25%, dock med stora regionala variationer, bl.a beroende hur mycket institutionsvård man ger äldre. Kostnaden är i genomsnitt 1.300 € per inv men varierar mellan 940 och 2.310 € per inv. Även efter kontroll för andel äldre, andel institutionsvård etc kvarstår en variation för kostnaderna per inv med en faktor 2,5 mellan högsta och lägsta kostnad per inv.

Finland har låga sjukvårdskostnader mätt i procent av BNP jämfört med andra länder.

Avgifter tas ut för besök på hälsocenter – utom för mödra- och barnavård – på motsv 11 € med maximalt tak på 33 € per år.

Löner för anställda inom den finska hälso- och sjukvården förhandlas årligen mellan resp fackliga organisationer och det finska kommunförbundet (staten har ingen roll i dessa). Särskilt ssk har strejkat upprepade gånger under 1990-talet som protest mot låga löner (ssk roll i det finska sjukvårdssystemet är trots detta mycket viktig, se nedan).

2. PRIMÄRVÅRD

Enligt lagen är varje kommun skyldig ger vissa tjänster till sina inv: förutom "vanlig" primärvård (och dito sjukhusvård) anges explicit mödra- och barnavård, skolhälsovård, tandvård, rehab, sjukhem, öppenvård för psykiskt sjuka, ambulanstjänster, mm. Det finns stor frihet för kommunerna att i samverkan med sitt sjukhusdistrikt – eller med andra kommuner – organisera vården.

Den nationella lagstiftningen har dock under senare ökat trycket på kommunerna för att öka kvaliteten i tjänsterna, i form av bestämmelser om tillgänglighet, maximala väntetider, nationella behandlingsrekommendationer för 190 sjukdomar, obligatorisk cancerscreening, patienträttigheter, etc.

Det finns ca 240 hälsocentraler i Finland (har minskat över tid) där det vanligaste befolkningsunderlaget är ca 20.000 inv.

Flera hälsocentraler har mellan 30 till 60 egna sängar och i de större städerna kan man säga att det vid centralerna finns formella "sjukhus". De flesta patienter på dessa sjukhus är äldre med kroniska sjukdomar och sjukhusen fungerar de facto som del av långvården. Ca hälften av patienterna stannar på sjukhusen i mer än 6 månader.

De flesta hälsocentraler har egen röntgenutrustning, labb, EKG-utrustning, ultraljud, gör mindre operationer mm. På hälsocentralen finns - förutom allmänläkare – tandläkare, sjuksköterskor, barnmorskor, socialarbetare, sjukgymnaster, psykologer. Det finns ingen obligatorisk listning, men varje allmänläkare ansvarar för ca 1.500-2.000 invånare.

I hälsocentralens uppdrag ingår också att sköta skolhälsovård, medicinsk vård inom långvården och i vissa fall företagshälsovård. Hembesök av läkare är ovanligt. De sköts av sjuk-



sköterskor. I glesbygden fungerar hälsocentralerna de facto som små mer eller mindre hel-specialiserade sjukhus. Under senare år har kommunerna ökat möjligheten till specialistvård (inkl operationer mm) inom ramen för utbyggda hälsocentraler för att minska kostnadsbidraget till sjukhusdistrikten.

Sjuksköterskan spelar en mycket viktig roll i de finska hälsocentralerna och inom hälsovården i allmänhet. De har egna mottagningstider, ger injektioner, mäter blodtryck och har hand om – vilket är ovanligt i Norden och EU - det mesta av mödra- och barnvården och gör de flesta av hembesöken mm.

Allmänläkarna fungerar också som företagshälsovårdsläkare till de företag som valt hälsocentralen som sin företagshälsovård. Företagen kan välja fritt, även privata vårdgivare. Kostnaden för företagsbesök betalas helt av företaget till kommunen. Men företaget får i sin tur viss del av kostnaderna subventionerade av staten direkt, se ovan.

På frivillig basis finns ett familjeläkarsystem som idag omfattar ca hälften av allmänläkarna, men läkaren är dock fortfarande anställd med lön som tidigare.

Hälsocentralerna i Finland är en integrerad del i den kommunala förvaltningen och köpsäljrelationer är ovanliga. Kommunerna köper dock tjänster från privata producenter, bl.a. från ideella organisationer för äldreården.

Patienterna kan inte välja vårdcentral och i större tätorter har varje VC eget befolkningsansvar. För att besöka sjukhus krävs remiss från VC (utom för akuta omhändertaganden).

3. LÅNGVÅRD (OCH REHAB)

Rehab sköts av hälsocentraler och sjukhus i samarbete och finansieras av den statliga socialförsäkringen.

Långvård för äldre sker i tre former: traditionell långvård, i GP-sjukhus och i särskild boende (egna lägenheter men med gemensam mat, sjuksköterska, personal mm). De flesta av dessa institutioner drivs och ägs av kommunen men det finns också privata operatörer. Förutom institutionsvård finns hemtjänst, dagvård, dagcenters etc. Det medicinska ansvaret för alla behövande – oavsett boendeform – ligger hos allmänläkaren på hälsocentralen.

Befolkningen över 75 år fördelade sig i boende (2005) enligt följande: 12 % hemtjänst, 5% särskilt boende, 4% långvård och 3% i långvård på hälsocentraler. Andelen äldre i särskilt boende har ökat och andelen i långvården minskat under 1990-talet. En anledning till detta är det blir billigare för kommunerna eftersom staten täcker flera kostnader, bl.a. mediciner, i särskilt boende än för patienter i långvården.

Kvaliteten i hemtjänst (hemsjukvård) är mycket varierande mellan kommuner och allmänt i Finland är volymen klart underdimensionerad i relation till behoven. Staten har försökt påverka kommunerna med *rekommendationer* om antal personal per patient för olika tjänster mm.



4. ÖVRIGT

Allmänt försöker staten uppmuntra till samarbete om hälsocentraler mellan (små) kommuner och utvecklingen går i denna riktning – men trögt. Samma gäller att få ett gemensamt informationsutbyte (journaler mm) mellan sjukhus och primärvård inom samma sjukhusdistrikt. Det gäller också försöken att flytta beslutanderätt från kommuner till sjukhusdistrikt (sjukhusen) eftersom många i Finland anser samarbetet mellan primärvård och sjukhusen är dåligt. En stor anledning till detta är helt enkelt att många kommuner i Finland idag är så små att större patientutgifter för sjukhusvård för en enda innevånare kan ge märkbara finansiella effekter i kommunens budget.

Staten försöker – via olika försök med ekonomiska incitament - också få in primärvården i det interkommunala samarbete som av tradition finns inom andra områden som skolor, socialtjänst mm.

Kommunsammanslagningar sker dock kontinuerligt och antalet kommuner kommer att minska med 62 st den 1 jan 2009.

De stora utmaningar för den finska hälsovården är att utjämna skillnaderna i vårdkonsumtion: geografiskt och mellan socioekonomiska grupper. En anledning till de stora socioekonomiska skillnaderna är förekomsten av företagshälsovård (inkl vanlig primärvård) som inte når grupper som har svag ställning på arbetsmarknaden. Företagshälsovård är dessutom gratis för anställda medan besökare på VC får betala patientavgift. Privat vård och företagshälsovård har under de senaste tio åren ökat mera än den kommunala hälso- och sjukvården: antalet läkare ökade 1996-2006 med 69% i företagshälsovården, med 62 % inom den privata vården och med bara 9 % inom hälsocentralerna. Därtill kommer problem med rekrytering av alla yrkeskategorier i glesbygd.

FRANKRIKE¹³

Frankrike har en mycket komplicerad struktur både vad gäller regional indelning och vad gäller finansieringskällor (3 nationella sjukförsäkringar plus statliga bidrag) till sjukvården i kombination med en starkt styrande centralmakt.

1. REGIONAL INDELNING

Frankrike är indelat i 22 regioner (förutom "havs" provinserna). Regionerna är inga politiska enheter utan planeringsregioner för främst sjukvården (sjukhusen). En region har i genom-

¹³ Grunddata från Health System Review, 2004 (European Observatory on Health Systems and Policies)



snitt ca 2,5 milj invånare och kan sägas motsvara delstater i Tyskland (men med mycket mindre makt).

Varje region är sedan indelad i departement. Totalt finns 96 departement - med en prefekt, utsedd av centralregeringen samt en politisk vald församling som styr. Departementen kan sägas motsvara våra län/landsting och har i genomsnitt ca 500.000 invånare.

Dessa departement är i sin tur uppdelade i sammanlagt 340 arrondissement som i sin tur är indelade i ca 4.000 kantoner. Kantonerna fungerar enbart som valkretsar och är i sin tur indelade i ca 37.000 (!) kommuner.

2. SJUKVÅRDENS FINANSIERING

Sjukvården finansieras via två parallella system. Dels (som i Tyskland) via 3 nationella sjuk-kassor (mutuelles) med individuella medlemmar som betalar avgifter och får ersättning för sina sjukvårdskostnader¹⁴. Och dels via beskattning som fördelas via den centrala regeringen. Historiskt var det kassorna – som styrs av resp fackföreningar och arbetsgivare - som hade hand om sjukvården för sina medlemmar som var organiserade efter olika bransch/yrkesgrupper. Det gäller fortfarande men den statliga styrningen av kassorna har ökat över tid och nu (sedan 1996) utses styrelsen av regeringen med lika representation från arbetsgivare och fack. Avgifterna till kassorna är också obligatoriska.

Traditionellt har staten (via skatter) haft hand om sjukhus och medicin medan kassorna haft hand om (betalat för) via medlemsavgifter för alla annan vård (primärvård, tandvård, glasögon, vård vid privata sjukhus). Eftersom kassorna baserades på anställning (i viss bransch eller visst yrke) har kassorna haft (har?) olika förmåner och olika avgifter. Kassorna har också egna avtal med GP, icke statliga sjukhus, privata specialister etc. Den största kassan har ca 130 lokala/regionala avdelningar som sköter utbetalningar till medlemmarna. Staten har dock försökt göra villkor och avgifter mera lika men i Frankrike pågår en ständig strid om makten mellan de stora nationella kassorna och staten.

Dessa kassor har inte bara hand om finansieringen av vård utanför sjukhus utan fungerar också som försäkringskassor (försäkringsbolag) och betalar ut sjukpenning, mödravårdserättning, pensioner, livförsäkring etc.

Kostnadskontrollen har varit ett av de stora problemen i Frankrike. Fritt vårdval i kombination med central finansiering (tredjepartsfinansiering) innebär lågt kostnadsmedvetande i hela systemet.

Staten i form av hälsoministeriet och parlamentet sätter ramar (ekonomi, antal sjukhus, utgiftstak, bemanning, läkarutbildning, godkänner avtal mellan sjukvårdsproducenter och sjuk-kassorna, sätter priser för läkemedel och för vissa medicinska åtgärder, bestämmer na-

¹⁴ Det finns 3 nationella kassor: en för egenföretagare, en för jordbrukare och en för resten (täcker ca 85% av befolkningen). Därtill finns speciella kassor för läkare, gruvarbetare, studenter, militärer, mm.



tionell prioritering för vissa sjukdomar, mm) för det samlade sjukvårdssystemet. Ministeriet har också underavdelningar på region- (DRASS) och på departementsnivå (DDRASS).

Sjukvården finansieras till 50 procent av arbetsgivaravgifter, 5 procent av egenavgifter från individer och resten via vanlig inkomstskatt (plus viss skatt på alkohol, tobak etc).

Staten har bildat *regionala* sjukvårdsorganisationer (ARH) i varje region där också repr för de 3 stora kassorna sitter. Ledningen för ARH utses av hälsoministeriet. ARH har hand om all sjukhusplanering (inkl privata sjukhus), finansieringen för statliga sjukhus och fastställer också ersättningsnivå (tariffer) till privata vinstdrivande sjukhus i regionen. Också de fackliga organisationerna för GP/fristående läkare är med i ARHs planeringsprocess. Regioner är en kooperativ nivå och inte en politisk (inga val????).

Nästa nivå för sjukvårdsplanering och finansiering är departementen vars ledning utses i politiska val med egen beskattningsrätt. Ledningen (prefekten) för departementet utses dock av regeringen och man får också betydande statsbidrag. Departementen har hand om:

- Institutioner och tjänster till äldre och handikappade (icke-medicinska)
- Medicinsk vård *i samarbete* med regionen och staten.
- Hälso- och annan vård till barn.
- Ekonomiskt stöd till behövande och hemtjänst
- Sjukdomsprevention och ansvar för sanitära förhållanden

KOMPLICERAT ERSÄTTNINGSSYSTEM FÖR PATIENTER

Utom för omhändertagande på sjukhus gäller att individen själv skall betala hela behandlingskosten för att sedan får ersättning av sin sjukkassa. Eftersom man i genomsnitt bara får ersättning för 75% av kostnaderna har de flesta fransmän (85%) en privat eller kollektiv-avtalad försäkring som täcker ca hälften av den icke subventionerade delen, resten av sjukvårdskosten (ca 12%) får man betala själv. Det kan dock bli mycket pengar som en individ får ligga ute med i avvaktan på ersättning för utlägg för tex undersökning med röntgen mm. Bland de som inte har en privat tilläggsförsäkring finns arbetslösa, personer med tillfällig anställning, person med låga inkomster etc.

Ca 46 % av alla sjukvårdsutgifter (inkl läkemedel) stod off och privata sjukhus (institutionsvården) för; av denna andel var 1,5 procentenheter kostnaden för institutionsvård för äldre (sid 48).

3. OMVÅRDNAD OCH SJUKVÅRD FÖR ÄLDRE

Den sociala omvårdnaden för äldre i institutioner (ålderdomshem) är departementens ansvar medan ansvaret för den medicinska omvårdnaden ligger hos sjukhusskassorna. Koordineringen dem emellan är dålig.



År 2000 fanns ca 12 miljoner invånare över 60 år och av dessa var ca 630.000 beroende av hjälp för att klara dagliga aktiviteter. 500.000 av dessa fanns på långvårdshem och ca 18.000 på mentalsjukhus. Hemhjälp finns, men i liten utsträckning.

Sjukkassorna finansierar hälsovård i flera former: "Retirement homes" (ålderdomshem) med ca 420.000 sängar samt långvård med 83.000 sängar.

Sjukvården är gratis i dessa institutioner, men patienten (eller dennes familj) betalar höga avgifter för hyra och mat (40-45 euro per dag år 2000). För låginkomsttagare betalas dessa kostnader av departement/kommun men det är ständiga bråk mellan sjukkassor och kommuner om vem som skall betala.

Långvård står för ca 3% av alla sjukvårdskostnader (år 2000).

From 1997 introducerades bidrag från departementen (högst 950 euro /mån) för bekostnad av hemtjänst/assistentstöd för hjälpbehövande över 60 år boende hemma eller på långvård. År 2000 mottog ca 140.000 personer sådan ersättning, 53% av dessa boende hemma. Det genomsnittliga bidraget var 530 euro/mån för de som hade hemhjälp hemma och 290 euro/mån för boende på institution.

För närvarande (dvs 2004) är det problem med att möta efterfrågan från hemhjälp mm från vårdbehövande äldre

4. PRIMÄRVÅRD.

Den mesta primärvården ges av privatpraktiserande läkare, specialister, barnmorskor, tandläkare, sjuksköterskor och av privata sjukhus. De betalas direkt av patienterna (som i sin tur får tillbaka en del av kostnaderna av sjukkassorna/kommunerna enl ovan) enligt fee-for-service (enligt viss fastställd tariff, skala) vilket medfört problem med kostnadskontrollen. Ex kostnader år 2001 (euro): läkarbesök 18, specialistbesök 23, elektrokardiogram 14, lungröntgen 33, blindtarmsoperation 146. Denna prislista förhandlas årligen mellan de professionella organisationern (facken) och staten.

GP som har rätt att skriva remiss (det har inte alla GP) har en "gate-keeper" roll och får därför en kapitering per registrerad patient om 46 Euro per år. Trots detta har bara 10 % av GP (år 2001) registrerat sig med listning motsv 1 % av patienterna.

5. UTVECKLING REFORMER

Utvecklingen går mot att regionerna får större betydelse på statens bekostnad och

mot att sjukkassorna förlorar inflytande över hälso- och sjukvården till förmån för staten. Men ansvarsfördelningen kassor-stat-region är fortfarande oklar och föremål för konflikt och debatt i fransk politiskt liv. Frivilliga (kompletterande) sjukförsäkringar spelar (som framgått) stor roll i Frankrike. Dessa försäkringsbolag försöker nu ta en mera aktiv roll och binda till sej sjukvårdsproducenter (privata sjukhus, GP) som USAs HMOs i form av "managed care".

I Holland styr 22 sjukförsäkringskassor sjukvårdssystemet under hård statlig ramreglering med en stor andel icke-vinstdrivande, ideella privata vårdproducenter. Privata sjukvårdsförsäkringar spelar stor roll.

1. ORGANISATION

Det holländska systemet för sjukvård reformerades kraftigt 2006 och det är därför viktigt att kort rekapitulera hur systemet såg ut före reformen. Många viktiga delar i det gamla systemet är dock oförändrade i det nya systemet. Det centrala i både det nya och det gamla det holländska systemet – liksom i det nuvarande tyska systemet – är att det är oberoende (privata) sjukförsäkringskassor eller försäkringsbolag som enligt lag helt ansvarar för att individernas vårdbehov tillgodoses. Dessa kassor/bolag får ersättning dels av fasta individavgifter och dels av arbetsgivaravgifter som tas in av staten och fördelas till kassorna/bolag.

Systemet före 2006

Holland hade före 2006 ett system för hälso- och sjukvården som var en kopia av det nuvarande tyska systemet med oberoende sjukförsäkringskassor som försåg medlemmarna med vård och omsorg. Det fanns 22 (non-profit) sjukförsäkringskassor under hård statlig ramreglering med stor andel icke-vinstdrivande, ideella privata vårdproducenter (dessa producenter är kvar i det nya systemet). Privata sjukvårdsförsäkringar hade stor betydelse.

Den statliga regleringen bedrevs inom en kooperativ ram med årliga förhandlingar kring tariffer mm med fackliga-, arbetsgivar- och professionella (läkar-) organisationer och med representanter för de 22 sjukförsäkringskassorna och för de privata försäkringsbolagen. Även om nästan alla sjukhus var/är privata (non-profit, delvis på religiös grund) så rådde etableringskontroll i Holland: staten – i samarbete med den aktuella provinsregeringen - godkändes start mm av nya sjukhus, likaså när man bygger om gamla sjukhus. Dessutom måste alla producenter som levererade tjänster till försäkringssystemet ackrediteras av staten. Enligt lagen (som fortfarande gäller) fick sjukhus inte bedrivas i vinstsyfte.

Det gamla systemet baserades på tre olika försäkringssystem (grundförsäkring via de 22 sjukförsäkringskassorna, en långvårdsförsäkring (AWBZ, se nedan) samt privata försäkringar.

Försäkring för exceptionella medicinska utgifter (AWBZ): obligatorisk anslutning för alla inv och alla betalar till denna försäkring (dvs också pensionärer är med och betalar). Täcker utgifter för långvård för äldre, hemsjukvård, hemtjänst, mentalvård, handikappade, medicin, kroniska sjukdomar mm. Ger dessutom ut ekonomiskt stöd. Står idag för nästan 50 % av alla

¹⁵ Grunddata från Health System Review, 2004 (European Observatory on Health Systems and Policies) men eftersom systemet ändrades kraftigt från och med 2006 baseras beskrivningen på det nya systemet.



hälso- och sjukvårdsutgifter. Finansieras med en proportionell öronmarkt inkomstskatt om ca 13%

DET NYA SYSTEMET FRÅN 2006

Införande av det nya systemet byggde på ett omfattande och långvarigt missnöje med det gamla systemet:

- För många olika försäkringssystem
- Små valmöjligheter för individerna
- Få eller inga incitament för sjukförsäkringar/försäkringsbolag att hålla nere kostnaderna
- Få eller inga incitament för vårdproducenter att hålla nere kostnaderna
- Orättvisa premier och inkomsteffekter (dvs. premierna varierade kraftigt beroende på individens inkomst, arbetssituation, hälsotillstånd, etc).
- Svårt att byta sjukförsäkring/försäkringsbolag eftersom dessa de facto tillämpade riskselektion av försäkringstagare.

Det nya systemet trädde i kraft 2006 (vissa delar skall införas gradvis fram till 2010) och innebär betydande förändringar inom den allmänna försäkringen (försäkring 2 ovan):

- Alla måste nu ha en försäkring oberoende av inkomst eller andra restriktioner.
- Systemet innebär att de icke-vinstdrivande sjukförsäkringarna avskaffades, vilket innebär att de antingen lades ner helt, ombildades till vinstdrivande försäkringsbolag eller gick ihop med ett privat försäkringsbolag. Dvs sjukförsäkringarnas funktion har nu helt tagits över av privata, konkurrerande vinstdrivande försäkringsbolag.
- Dessa bolag är dock skyldiga enligt lag att ge heltäckande sjukvårdsförsäkring med samma premie till alla som vill teckna en försäkring, oberoende av ålder, kön, sjukdomsrisk, mm.
- Alla individer har som tidigare fritt val av försäkringsbolag och kan byta bolag en gång per år. Barn upp till 18 år automatiskt försäkrade utan extra premie (som i det gamla systemet).
- Den statliga regleringen av sjukhusen och andra institutioner (investeringar mm) avskaffas på sikt och sjukhusen får finansiera sig på den vanliga kapitalmarknaden
- Nytt är dock att staten går in och täcker delar av försäkringspremien för personer som har låga inkomster.

AWBZ-försäkringen är kvar i stort oförändrad form (finansieras via arbetsgivaravgift om ca 12 %).

Dessutom infördes en ny, mindre försäkring (finansieringsform) WmO där man årligen överför pengar från AWBZ till kommunerna för (ökad) lokal finansiering av social vård, stöd och omsorg.

Staten har (fortfarande) en mycket hårt reglerande roll men är (liksom tidigare) inte alls inblandad i beslut om hur vården och omsorgen skall produceras. Liksom tidigare skall försäkringsbolagen förhandla med fristående vårdproducenter (sjukhus, allmänläkare, special-



lister) om kostnader och andra villkor för de tjänster som skall ges till de försäkrade individerna. Den nuv etableringskontrollen av sjukhusen skall dock fasas ut helt till 2010.

I det nya systemet har försäkringsbolagens möjligheter att fritt förhandla med olika vårdproducenter vidgats i syfte att öka konkurrensen mellan *vårdproducenter* och därmed hålla nere kostnadsökningarna. Tanken är också att *försäkringsbolagen* skall få ökad press (konkurrens) att leverera effektiv vård eftersom försäkringstagarna kan byta bolag och eftersom den fasta avgiften kan bli högre i bolag som går sämre.

Systemet finansieras genom dels en fast årlig avgift (ca 1.000 €/år) som kan variera mellan olika försäkringsbolag men som enligt lag måste vara lika för alla som tecknat försäkring i samma bolag (notera att den fasta avgiften är betydligt högre än i det gamla systemet, ca 3-4 gånger högre). Och dels genom en arbetsgivaravgift på ca 7%.

Till systemet hör också ett mycket omfattande och av regeringen styrt komplicerat och centralt system där arbetsgivareavgiften fördelas ut till försäkringsbolagen efter sjukdomsriskerna bland försäkringsbolagens kunder. Ett försäkringsbolag som t.ex. har många yngre och högre utbildade försäkrade män får betydligt lägre kostnadsersättning per försäkrad än ett bolag som t.ex. har många äldre och lägre utbildade kvinnor. Det ingår flera variabler i systemet än ålder, kön och utbildning, t.ex tidigare sjukdomshistoria, användning av läkemedel, mm. Syftet med denna centrala omfördelning är att förhindra att försäkringsbolagen söker selektera sina kunder till sådana med låga förväntade sjukvårdskostnader. Formellt är försäkringsbolagen enligt lag förbjudna att riskdiskriminera mellan olika individer vid tecknade av den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen. För tilläggsförsäkringar finns dock inga sådana hinder.

VAD HAR HÄNT SEDAN 2006?

- Antalet individer som bytte försäkringsbolag steg kraftigt 2006 (till 18%) för att sedan minska 2007 och 2008 till ca 5 % per år vilket är en *lägre* andel än de som bytte sjuk-kassa i det tidigare systemet.
- Antalet hushåll som måste ha bidrag från staten för att kunna betala den fasta avgiften har ökat kraftigt och år 2010 antas 70% av hushållen få någon form av bidrag (stort el litet).
- 92 av befolkningen har tecknat olika kompletterande vårdförsäkringar (mest för tandvård) vilket är ungefär samma andel som före reformen.
- Antalet sammanslagningar av försäkringsbolag har ökat och 2009 har de fyra största koncernerna nästan 90 % av marknaden. Nu finns ca 25 försäkringsbolag.
- Administrationskostnaderna hos försäkringsbolagen har inte ändrats (ca 5 % av alla kostnader).
- Antalet grupperbidande med rabatt (upp till 10%) från försäkringsbolagen till tex alla anställda på ett företag har ökat. Detta strider mot systemets tanke att bolagen skall konkurrera med försäkringsinnehåll och inte priser och mot att bolagen inte skall selektera sina kunder.
- Ökad konkurrens mellan sjukhusen har inneburit press på priser och på totala vårdkostnader. Några sjukhus har gått i konkurs och tagits över av finansbolag. Ett regionalt *försäkringsbolag* har köpt 40 % av ett regionalt sjukhus som hade lönsamhetsproblem. Det finns också exempel på hur försäkringsbolag börjat köpa upp GP-praktiker.



En del menar att dessa uppköp är exempel på vertikal integration som *inte* var tanken bakom den nya reformen. Frågan är också om politikerna kan tillåta stora privata sjukhus i tätbebyggda områden att gå i konkurs (jfr krishantering med stora "samhällsviktiga" insolventa banker).

- Försäkringsbolagen har också börjat med rabatter till försäkringstagarna om man bara väljer vissa GP resp vissa sjukhus – dvs en typ av HMO som finns i USA.
- Nästan alla holländare väljer att också köpa kompletterande frivilliga sjukvårdsförsäkringar. Men för frivilliga försäkringar gäller inte kraven på bolagen att inte selektera risker vilket innebär att försäkringsbolagen i *ökad* utsträckning nu kräver hälso-deklaration (eller kan ta andra, ej öppet redovisade hänsyn för att diskriminera). Eftersom man oftast köper sin tilläggsförsäkring från samma bolag där man har grundförsäkringen finns en rädsla för en de facto riskdiskriminering via tilläggsförsäkringarna.

Holland är indelad i 32 regioner och kassorna har regionkontor som sköter relationen till försäkrade och tjänsteleverantörer och bedömer hjälpbehov för de som

Individen kan fritt välja vilken privat försäringsgivare som man skall vara med i. De privata försäkringsbolagen har avtal med olika sjukhus, GP och specialister ang ersättningar, leveransvillkor, mm.

SJUKVÅRDENS FINANSIERING 2002:

Skatter	6 %
Avgifter AWBZ och ZFW	75 %
Privata försäkringar	14
<u>Patientavgifter</u>	<u>6</u>
Summa:	100%

Se sid 62 utgifter per utgiftskategori.

Holland har problem med kostnads(budget)kontroll med påföljande kompenstationkrav mellan stat och sjukassorna.

2. PRIMÄRVÅRD.

Holland har ett utbyggt familjeläkarsystem med kraftig gate-keeper funktion inkl remiss-tvång för besök hos specialist eller (icke akut) sjukhusvård. Ca 50% av är ensampraktiserande men andelen allmänläkare som arbetar i gruppraktiker ökar snabbt. Varje allmänläkare har ca 2.300 patienter listade. Holländska allmänläkare har låg remissfrekvens (dvs gör mycket själv) och har låg andel receptutskrivning av alla patientkontakter. Allmänläkaren betalas med kapitering för patienter anslutna till någon kassa och med ersättning därutöver för vissa extra insatser.



4. SPECIALISTVÅRD

Specialistvård sker till största delen av specialister på sjukhus som kan vara både anställda eller bedriva egenpraktik på sjukhuset

5. FÖRSÖK MED "TRANSMURAL CARE"

Sedan 1990-talet har man i Holland medvetet arbetat med att försöka öka samarbetet "mellan murarna", dvs mellan primärvård och specialiserad (sjukhus)vård enligt definitionen: "vård som är styrd av patientens behov och som ges med bas i samarbete och koordinering mellan allmän och specialiserad vård med delat ansvar och delad delegation för olika tjänstedelar".

6. SOCIAL OMVÅRDNAD

Den största delen av social omvårdnad sker för äldre i form av ålderdomshem resp långvård. Holland har en av de högsta andelarna av äldre i dessa boendeformer i hela EU. För varje äldre på dessa boenden finns det knuten en allmänläkare som är ansvarig för all medicinsk vård för patienten. Den äldre eller denne familj ansöker om boende hos kommunen som gör en utredning om behov. Finns behov betalas boendet av AWBZ.

I Holland försöker man nu få äldre vårdbehövande att bo kvar i sitt ordinarie boende så länge som möjligt och ålderdomshem har under 2000-talet tappat i "populäritet" till förmån för eget boende. Det har också utvecklats flera nya hemtjänster som riktar sig vårdbehövande som bor kvar i sitt vanliga boende. Det senaste heter "vårdprenumeration" där äldre mot en fast månadsavgift kan – vid plötsliga behov - få tillgång till mer eller mindre tillfällig specialboende med inbyggd medicinsk och social hjälp.

NORGE ¹⁶

I Norge har staten tagit över hela sjukvårdssystemet medan kommunerna har hand om primärvård och äldreomsorg.

1. ORGANISATION- OCH FINANSIERING:

År 2002 tog staten över alla sjukhus (31 st) från landstingen och dessa drivs nu som offentliga företag med styrning från 5 regionala hälsomyndigheter med direkta bidrag från staten. Det finns 431 kommuner som har hand om primärvård och sociala tjänster (hemhjälp, långvård etc) och detta finansieras via kommunalskatt och statsbidrag. Landstingen (fylkena) har bara kvar ansvaret för tandvården. Det finns ca 4.000 allmänläkare där alla inv är listade och som är självständiga vårdgivare med offentlig finansiering.

¹⁶ Grunddata från "Health System Review", 2006 Vol 8 no 1, (European Observatory on Health Systems and Policies)



Den privata sektorn (exkl allmänläkarna) är liten i Norge i termer av vårdproduktion och finns inom tandvård, rehabilitering, labb. Vad gäller social omvårdnad är 90% av äldreboende mm ägda av kommunerna och bara 3% drivs kommersiellt (resten drivs av ideella org). Omfattningen av privata sjukvårdsförsäkringar är också liten i Norge.

REGIONALA HÄLSOMYNDIGHETER

Landet är indelat i 5 geografiska områden med mellan 460.000 till 1.7 milj inv (det sista inkluderar Oslo) med minst ett universitetssjukhus i varje. De regionala hälsomyndigheterna är inom sitt område ansvariga för all specialiserad vård, inkl mentalvård, labb, röntgen, drogbehandling etc. Hälsomyndigheten sluter avtal med sjukhusföretagen (som är ägda av hälsomyndigheten) i regionen och svarar för hela deras finansiering. Regeringen kan besluta om nedläggning av sjukhus, vilket är en unik centralisering i Norden

Sjukhusen är relativt självständiga och är en egen juridisk enhet med en styrelse som är utsedd av regeringen. Finansieringen till sjukhusen baseras på DRG-prestationer och fast tillskott per behandlad patient¹⁷. Antalet sjukhus är nu ca 31, en kraftig minskning (främst genom sammanslagningar) från 80 sjukhus på i början på 1990-talet.

KOMMUNERNA OCH ALLMÄNLÄKARNA

Varje kommun skriver kontrakt med en allmänläkarmottagning om kostnader, service mm. Ersättningen baseras mest på fee-for-service. Finansieringen är tredelad: kapitering från kommunen, fee-for-service från staten och patientavgifter. Kommunen sluter också avtal med privata vårdgivare som psykologer, sjukgymnaster, m fl. Kommunerna får höga stadsbidrag som innebär olika omfördelningar mellan kommuner mht ålder, kön, m fl andra vårdmarkörer. Därtill kommer olika öronmärkta statsbidrag (tex för byggande av inst för vård av äldre, mentalt sjuka, etc)

Norge har en EUs högsta kostnader för sjukvård mätt som andel av BNP och ännu högre mätt som utgifter pc i US\$ PPP. 85 % av utgifterna är skattefinansierade medan resten är out-of-pocket avgifter (mest för tandvård, patientavgift för läkarbesök är ca 125 NKR/besök).

2. PRIMÄRVÅRD

Kommunerna i Norge har fått ökat ansvar för primärvård, äldrevård, prevention och öppenvård för mentalt sjuka, öppenvård, vård i hemmet, mödra- och barnavård, rehabilitering, tandvård för barn under 18 år. 1988 tog kommunerna över ansvaret från landstingen för långvård/sjukhem (nursing homes) och 1991 ansvaret för öppenvård av mentalsjuka.

Sedan 2001 är kommunerna skyldiga tillse att alla invånare kan lista sej hos en allmänläkare, vilket innebär att kommunen sluter avtal med flera. Avtalen sluts lokalt men det finns en ganska omfattande nationell reglering av innehållet. Listningen är ca 1.500 patienter per "fastläkare". Reformen var en stor förändring eftersom allmänläkarna tidigare var anställda i

¹⁷ Enligt norska analyser har införande av DRG-baserad ersättning (from 1997) lett till en kraftig ökning av antalet behandlingar och dito minskning av vårdköer.



offentligt ägda vårdcentraler, men blev nu fristående som i England och Danmark med fullt ansvar för alla egna kostnader inkl lokaler mm.

Läkarna arbetar oftast av en gruppraktik med 2-6 läkare (med annan anställd personal som sjuksköterskor mm). Det finns nu ca 4.000 "fasteläkare" i Norge och nästan alla (98 % av befolkningen) är listad hos någon.

Specialist(sjukhusen) har skyldighet att ge gratis råd till den kommunala hälso- och sjukvården (till GP).

3. LÅNGVÅRD

Kommunen har ansvar för att det finns långvårdsenheter, ålderdomshem, dagcenter och hemtjänst till alla behövande (inte bara till äldre). Det finns (år 2002) ca 46.000 personer i sjukhem (mest äldre över 80 år), ca 46.000 personer i ålderdomshem och ca 162.000 fick hemtjänst av olika omfattning (av dessa var ca 41.000 under 67 års ålder). Kommunerna kan själv välja mix av sjukhem, ålderdomshem resp hemtjänst så länge de upprätthåller god kvalitet.

I de flesta fall ägs och drivs sjukhem och ålderdomshem av kommunen med egen anställd personal med mycket få privata vårdgivare.

SPANIEN¹⁸

I Spanien sköts det mesta av primärvård och sjukhusvård regionerna medan äldrevård (som finns i liten omfattning) delas mellan region och kommun. Långvården finansieras via en särskild nationell socialförsäkring.

1. ORGANISATION:

Ansvar för sjukvården inkl prevention, mentalsjukvård mm ligger hos de 17 autonoma regionerna. Överföringen till regionerna har skett gradvis sedan 1981 med år 2002 som det är då de sista regionerna fick egenkontroll. Den centrala regeringen har uppgifter av koordinerande karaktär, har ansvar för viss del av läkemedelspolicyn, utbildning av läkare, mm. Den regionala hälsovården finansieras till största delen av skatter och till en mindre del av bidrag från den centrala regeringen. Varje region bestämmer helt över organisation, ersättningsprinciper mm inom regionen. Varje region delas in i hälsområden om ca 250.000 inv; dessa områden (och dess underindelning i mindre "zoner") sammanfaller inte med kommunindelningen. Kommunerna har en liten roll vad gäller sjukvården.

Hälsoområdena har helt ansvar för både primärvård, sjukhusvård inkl specialiserade vård och prevention och har minst ett sjukhus. Varje hälsoområde är i sin tur uppdelade i "basic

¹⁸ Grunddata från Health System Review, Vol 8, no 4, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies)



health zones” där restiden för patient till service inte får överstiga 30 min vilket medför att dessa zoner har mellan 5.000 till 25.000 inv. Vanligtvis är zonerna organiserade kring en VC som också har ett befolkningsansvar för befolkningen inkl prevention, rehabilitering, mödravård, banhjälsvård, gynekologi mm.

2. FINANSIERING

Den regionala sjukvården finansieras delvis av regionala respektive centrala inkomstskatter. Det finns nationella överenskommelser om miniminivåer för regionernas sjukvårdskostnader bl.a. baserade på deras andel av äldre mm. Överenskommelse innehåller också element av mellanregional omfördelningar.

Sjukvårdsutgifter i procent av BNP ligger under EUs genomsnitt. Mäter man utgifterna per capita efter köpkraft (US\$) ligger Spanien ännu lägre relativt sett.

Sjukvård i Spanien är universell och gratis (utom för mediciner, se nedan) medan privat sjukvård är liten andel av sjukvården (ca 5 % av kostnaderna). Detta varierar dock mellan regionerna, t.ex. är 80% av sjukhusen i Katalonien privata. Ca 8 procent av befolkningen har privat sjukvårdsförsäkring (mest koncentrerad till högre inkomstgrupper).

Patientavgiften för mediciner är relativt högt där individen rakt av betalar 40 % av kostnaden (med tak för kroniskt sjuka). Av de totala sjukvårdsutgifterna betalar patienterna själva ca 24 %.

Det finns betydande regionala skillnader vad gäller ojämlikhet i sjukvårdskonsumtion mellan olika befolkningsgrupper. Kostnaderna per capita varierar också mellan regioner (ca +/- 20 % av genomsnittet). Social omvårdnad (äldreomsorg etc) är en mycket liten del

3. PRIMÄRVÅRD

Ersättningen baseras på fasta löner till personalen + en kapitering (motsv ca 15% av inkomsten; kapiteringen beror på befolkningsammansättning, bl andel äldre). Ensam GP betalas via kapitering medan privata GP ersätts via fee-for-service. De flesta läkarna i primärvården är anställda av regionen. Relationen för utgifter för sjukhusvård resp. primärvård är ca 3.

Primärvård har en gate-keeper roll i Spanien. Hembesök ingår för sjuka äldre, patienter som nyss lämnat sjukhuset, etc. Fritt val av vårdcentral gäller inom hälsoområdet.

Spanien har ca 50 GP per 100.000 inv vilket är lågt inom EU (varierar dock mellan regionerna). I Spanien har GP en av de kortaste behandlingstiderna i EU (sid 124).

4. PROBLEM

I Spanien, som Sverige, går en stor andel av patienterna direkt till sjukhus och inte via primärvården¹⁹:

¹⁹ Sid 128 Health System Review.



” As already explained in this section, significant coordination problems remain between primary care and specialized care, which are further complicated by the relationship between ambulatory care settings and hospitals”.

5. LÅNGVÅRD INKL GERIATRIC OCH SOCIALTJÄNST

Ansvar för långvård och social omsorg ligger helt på regionerna, men ansvaret för hemtjänst hos kommunerna. Både den och långvården är utvecklad i Spanien.

Ex: 1999 uppskattades antalet vårdbehövande (mest äldre) till ca 1.2 miljoner. Av dessa fick ca 200.000 någon typ av hjälp (inkl telerådgivning). Av dessa var i sin tur ca 100.000 äldre som fick hemtjänst/hemhjälp.

En uppskattning för 2001 anger att endast 1,4 % av de äldre hade någon form av hjälp/vård i hemmet och av dessa var den genomsnittliga hjälpen 4,7 timmar/vecka. Siffran ang täckning anges till 3 % 2004. Se tabell sid 138.

Man har problem med koordineringen mellan primär, sekundär och socialvård/långvård.

Många socialförsäkringsersättningar (handikapp, sjukpenning, pension, socialhjälp) är centralt reglerade för hela landet men det gäller inte tjänsteutbudet som bestäms av varje region.

Långvården²⁰:

“In January 2005 a national report on long-term care was issued to parliament to be used as a basis for future legislative development. It is expected that the creation of a “national long-term care system” will provide universal sociosanitary and economic assistance to inhabitants that need continuous care. At the end of December 2005, the government approved a preliminary bill on long-term care which states that no citizen will remain uncovered by the system. It establishes some bases for progressive co-payment depending on income and wealth”.

Den centrala regeringen arbetar med planer för att förbättra behandlingen av diabetes, demens, Alzheimers, mm.

6. ÖVRIGT.

Spanien har mycket låg spädbarnsdödlighet.

“Emphasis should be put on the development of primary health care to achieve cost-containment and efficiency. Strategies for improving the professional status of general practitioners, modifying their workload, improving the access to GPs’ services, ensuring the right to choose a GP and reducing the differences in terms of provision of PHC among the regions could be beneficial to this end. There is an urgent need to improve users’ access to long-term and social care services”²¹

²⁰ Sid 165 Health System Review.

²¹ Sid 184 Health System Review.

Vård och omsorg ,sjukhusvård, primärvård och äldreomsorg, drivs till stor del av sjukkassor medan delstaterna har en planerande roll. Staten reglerar via ramlagstiftning

1. ORGANISATION

Tyskland är ursprungslandet för sjukkassesystemet som infördes av Bismarck 1883: dvs tvång för anställda och arbetsgivare att finansiera och vara medlem i en från staten autonom sjukkassa som betalar medlemmarnas sjukvårdskostnader och ev också ger ekonomiskt stöd (med traditioner från det medeltida skråväsendet).

Idag (2009) har Tyskland ca 200 sjukkassor med i genomsnitt ca 160.000 medlemmar per kassa som betalar avgifter (antalet kassor har minskat över tid; 1993 fanns över 1.200 kassor):

- 17 regionala kassor enligt delstatsindelning
- 150 företagsbaserade kassor
- 20 skrå-/yrkesbaserade kassor
- 14 kassor för jordbrukare
- 1 kassa för gruvarbetare

Dessa kassor täcker 90 % av befolkningen medan ca 62 % av befolkningen är betalande medlemmar. Finansieringen motsvarar en avgift på 14 % av inkomsten som delas mellan anställda (egenavgift) och arbetsgivaren men bara inkomster upp till 3.580 €/mån (2009) ingår i avgiftsunderlaget. Avgiften till sjukkassan – som tas in via arbetsgivaren precis som vanliga inkomstskatter – täcker också kostnader för medicinsk vård för ev hemmafru och för alla barn.

Förmånerna i alla kassor är lika och reglerade av förbundsdagen. De består främst av finansiering av alla vårdkostnader inkl prevention, hälsokontroll, akutbehandling, mm. Dessutom betalar kassorna ut sjukpenning till medlemmar som arbetar med 90% av nettolönen från vecka 7 till 78 (arbetsgivaren betala 100% av bruttolönen under de första 6 veckorna). Dessa utgifter för sjukpenning motsvara ca 10 % av kassornas utgifter.

Vilka behandlingar, fria mediciner som skall respektive inte skall ingår i sjukkassornas kostnader är föremål för årliga förhandlingar. Ibland med stora konflikter mellan staten och olika yrkes- eller produktföreträdare inom sjukvårdsområdet och med olika väljargrupper.

Medlemskap i en kassa är obligatoriskt upp till en viss maximiinkomst (4.050 €/mån år 2009). De som har inkomster över denna nivå får själv bestämma om de vill ansluta sig till någon av kassorna eller till någon privat försäkring (eller vara oförsäkrad och betala alla sina vårdkostnader själv).

²² Grunddata från Health System Review, 2004 (European Observatory on Health Systems and Policies)



Den nya lagen innebär nu att sjukförsäkrarna också måste betala för rehabilitering av äldre vilket syftar till att minska inströmningen till långvarig vård på institution. Lagen ställer också krav på att försäkrarna skall öka möjligheterna till palliativ vård (vård vid livets slutskede).

Förutom sjukvårdsförsäkrarna ovan finns 3 andra nationella försäkringar som har speciella finansieringsuppgifter:

- **”Olycksförsäkringen”**; finansierar vård, rehab mm vid arbetsolyckor och yrkessjukdomar
- **Pensioneringsfonden**: rehabilitering i allmänhet (handikappade etc)
- **Långvårdsfonden** (startade 1996): finansierar långvård mm för äldre

De totala sjukvårdsutgifterna fördelades på finansieringskällor år 2002 enligt följande:

Skatter	8 %
Avgifter till sjukförsäkrarna	57 %
Olycksförsäkringen	2 %
Pensioneringsfonden	2 %
Långvårdsfonden	7 %

Summa offentlig finansiering	75 %
Patientavgifter	12 %
Privata försäkringar	8 %
Arbetsgivare	4 %

Summa privat finansiering 25 %

Sjukförsäkrarna förhandlar själva med vårdleverantörer om volymer, priser mm. Dessa tjänster (sjukhusvård, primärvård, etc) ges sedan ”gratis” till medlemmarna i försäkrarna vid behov utan något remissförfarande via försäkringen. Dock måste man ha tillstånd för finansiering av spavistelser (!), rehavtjänster och korttidshemtjänst.

2. CENTRAL REGLERING

Förbundsregeringen reglerar systemet och haft som sin främsta uppgift under senare år att försöka hålla kostnadsökningarna under kontroll. Detta sker genom hälsoministeriet men förbundsdagen och förbundsrådet har lagstiftningsmakt inom området. Dessutom sker viktiga nationella förhandlingar om förändringar i systemet i kooperativ anda mellan centralregeringen och de viktiga intresseorganisationerna som har kvasi-offentligt ställning. De som deltar är representanter för sjukförsäkrarna, för sjukhusen, för läkarförbundet med anställda i försäkrarna, för tandläkare och representanter för fristående läkare m.fl.

Försäkrarna opererar på en pay-as-you-go basis och kan inte ackumulera underskott eller överskott. Trots detta har försäkrarna regelbundet haft stora årliga underskott sedan 1990 talet vilket lett till ständigt stigande avgifter. Försäkrarna sätter sin egna avgifter men avgiften måste godkännas av den federala myndigheten. Eftersom försäkrarna kan konkurrera om medlemmar (sedan 1996) har försäkringar med låga avgifter fått flera medlemmar och motsatsen för försäkringar med



högre avgifter. Detta försöker man motverka genom en nationell central riskutjämningsfond som omfördelar pengar *mellan* kassorna.

Den nationella centrala regleringen (lag) gäller de försäkrades rättigheter och skyldigheter vis a vis sin kassa och vilka förmåner som skall ges av kassorna. Systemet och innehåll i förhandlingar mellan kassor och vårdgivare är också reglerat. Likaså finansieringssystemet inkl avgifter och inkl den viktiga riskutjämningsfonden (se ovan). Det finns en federal myndighet som handhar övervakning mm av sjukkassorna. Ministeriet fungerar som mottagare av klagomål mellan inblandade parter. Det finns en maktkamprelation mellan kassorna och den federala regeringen.

Det finns också olika nationella kommittéer med representanter för läkare, sjukhus och sjuk-kassor som ger råd, anvisningar och har normerande och reglerande funktioner.

Det finns ett system med speciella "socialdomstolar" som har hand om legala tvister där t.ex. individer stämmer sin sjukkassa, läkare stämmer sjukkassan, läkemedelsbolag stämmer sjukkassa, sjukkassa stämmer staten för låga avgifter till medlemmar etc.

3. DELSTATERNA PLANERAR

Tyskland är en förbundsstat där det mesta vad gäller *planeringen* av hälso- och sjukvård bestäms av de 16 ingående Länderna (delstaterna).

Delstaterna sköter sjukhusplanering, finansierar investeringskostnaden vid ny- och ombyggnad (oavsett ägandeform för sjukhuset) av alla sjukhus, har hand om folkhälsa, prevention, läkarutbildningen, aids samt övervakar anställda, förskrivning mm. Folkhälsoarbetet (primärvård) sköts i vissa delstater av delstaten medan det i de flesta delstater är delegerat till kommunerna. En del av dessa aktiviteter (hälsoundersökningar mm) finansieras dock av sjukkassorna

Sammanslutningar av vårdleverantörer (allmänläkare, specialister, tandläkare) formar var för sig ett delstatlig monopol som sluter avtal med alla kassor och med sjukhusen om tjänsteleverans och det är bara dessa organisationer som har rätt att sköta öppenvården (inkl på helger och nätter). Varje enskilt sjukhus sluter avtal med olika kassor.

4. TVÅNGSANSLUTNINGAR AV PROFESSIONERNA

För läkare som arbetar i det offentliga sjukkassesystemet är medlemskap i en intresseorganisation obligatoriskt med en organisation i varje delstat. Vissa yrkesutövare inom hälso- och sjukvård (läkare, apotekare, tandläkare psykologer, sjukgymnaster, etc) måste vara medlemmar i sin "kammare" i resp delstat. Dessa kammare regleras av delstatslagar och har uppgifter vad gäller fortbildning, ackreditering, standardisering etc. Sjuksköterskor, barnmorskor och sjukgymnaster är inte med någon kammare utan är med i frivilliga intresseorganisationer (sjuksköterskorna har bildat en samlad nationell organisation som konsulteras i samband med förändringar i systemet etc.).

5. PRIVAT VERKSAMHET



Vid sidan av sjukförsäkringarna – som kan sägas vara kvasi-offentliga kooperativa organ – finns privata försäkringsbolag som säljer konkurrerande, kompletterande och tilläggsförsäkringar inom sjukvårdsområdet.

Många sjukhus, allmänläkaremottagningar och specialister är vinstdrivande - och non-profit - privata enheter men är helt integrerade i sjukförsäkringssystemet som tjänsteleverantörer. Inom sjukhussektorn sker en gradvis privatisering genom att flera offentliga sjukhus tas över av privata vinstdrivande sjukhuskedjor. 2002 hade offentliga sjukhus ca 55 % av alla sjukhusplatser (sängar), privata icke-vinstdrivande 37 % och privata vinstdrivande 8 %.

6. PRIMÄRVÅRD

Primärvård inkl prevention har ett delat ansvar (på ett oklart sätt) mellan kassorna och 350 offentliga hälsocentraler som finns över hela landet och finansieras av delstaterna (av dessa sköttes ca 78 av resp delstat medan resten drivs av kommunerna). I kassornas ansvar ingår tandvårdsprevention för barn och tester för vuxna (cancer, prostata, mammografi, diabetes, kärlsjukdomar, mm). Hälsocentralerna syssla delvis (?) med samma sak.

Patienter väljer (familje-) läkare fritt men allmänläkaren har ingen gate-keeper roll i Tyskland, men vissa av sjukförsäkringarna arbetar med att utveckla sådana system. För att få fri vård måste allmänläkaren ha en anslutning till den kassa man är medlem i. De flesta allmänläkare och specialister är ensampraktiker (bara 25 % av allmänläkarna jobbar i grupp praktik).

Av ca 116.000 läkare anslutna till sjukförsäkringssystemet jobbade 2002 ca 59.000 som familjeläkare.

Olika kassor arbetar också med modeller för s.k. "integrated care" där man försöker få samarbete mellan sjukhus, rehabilitering och primärvård.

De mesta av socialvård ges av frivilliga organisationer (religiösa, non-profit) men planeras och styrs av resp delstat²³. Dessa organisationer arbetar med äldreomsorg, handikappade, mentalsjuka, barn med särskilda behov, etc. Dessa organisationer har en omfattande verksamhet i Tyskland: de driver över 60.000 enskilda och självständiga institutioner, har 1,1 milj anställda och står (2002) för driften av 50% av alla ålderdomshem, 80% av alla inst för handikappade och 70% av alla inst för barn och ungdomar.

7. LÅNGVÅRD

I Tyskland har traditionellt gynnat vård från frivilliga organisationer i relation till vinstdrivande verksamheter. Detta gäller dock inte för den nya (från 1996) finansieringsfonden för långvård där både vinstdrivande och icke vinstdrivande har samma möjlighet att bedriva vård. Den nya finansieringen kom till eftersom kommunerna hade stora problem att svara för det växande behovet av längre vård för äldre. Ca 70 miljoner inv täcks av den nya lång-

²³ Enligt federal lag har generellt frivilliga organisationer företräde framför vinstdrivande som vårdgivare. Detta gäller dock inte för vård finansierad av *långvårdsfonden* där man vänt på det hela: privata vinstdrivande vårdgivare har företräde framför frivilliga. Orsaken är att man vill öka konkurrensen inom vårdsektorn.



vårdsförsäkringen som *administreras* av sjukförsäkringsbolag och ca 8 milj inv administreras av privata försäkringsbolag.

Dock är avgiften (se ovan) öronmärkt för just långvård (inte enbart för äldre). Individer måste – i motsats till den vanliga medicinska vården i sjukförsäkringsystemet – ansöka om att få tillgång till långvård; ansökan behandlas av en särskild (delstatlig eller kommunal ?) nämnd med repr sjukförsäkringsbolag och långvårdskassan. Långvård definieras som vård länge än 6 mån; vård under kortare tid ingår i det vanliga sjukförsäkringsystemet.

Blir ansökan godkänd kan man välja att antingen motta en summa pengar för eget inköp av vård, få vård i hemmet eller komma in på institution för långvård. Kontanta bidrag – mellan 200 till 670 €/mån beroende på behov (2002) - bygger på att det finns anhöriga som kan vårda i hemmet. Det finns tak för bidrag till institutionsboende, varierande beroende på vårdbehov mellan ca 1.000-1.440 €/mån.

VAL FÖR OMSORG: PENGAR ELLER TJÄNSTER

Nytt från 2004 är att den sökande kan få pengar för att sedan fritt välja vårdgivare (hemma eller på institution). Ungefär 75% av ansökningarna godkänns medan resten avslås (kan överklagas till de sociala domstolarna). Ca 1,9 milj personer (2,3 % av befolkningen) fick 2003 bidrag från långvårdsfonden (ca 80% av personerna var 65 år eller äldre). Av de 1,9 miljonerna fick mer än två tredjedelar vård/hjälp i hemmet.

Ca 50% av de som fick stöd valde att få pengar medan knappt 30 % valde långvård på inst. Ca två tredjedelar av de som valde vård hemma fick pengar och vårdades därmed av anhöriga (som till 90% var kvinnor). De som valde långvård var äldre och mera vårdbehövande än de som valde vård hemma.

2002 var fördelningen av befolkningen som fick stöd (pengar eller institutionsboende) följande: Under 50 år: 0,6%; mellan 60-65 år 2 %, mellan 70-75 år 5% och över 80 år 30 % av befolkningen.

Trots att lagstiftningen bakom långvårdsfonden skall gynna privata vinstdrivande vårdgivare dominerar fortfarande frivilliga organisationer vården. År 2001 ägdes (totalt ca 9.200 ackrediterade institutioner) ca 56 % av dag- och långvårdsinstitutioner av frivilliga org, ca 36 % av privata vinstdrivande producenter och ca 8% drevs av kommunerna.

För äldre inom långvården som ej kan betala egenavgifter, mm har kommunerna ansvar att bidra ekonomiskt så att individen kan uppnå en ekonomisk minimistandard. Sedan starten 1996 har kommunerna minskat sina utgifter för långvård i takt med att fondens omsättning stigit.

I Tyskland arbetar många kvinnor över 50 år inte alls men utför samtidigt mycket informellt arbete inom vård och omsorg för föräldrar eller samboende make. Den ökande finansiella (skattefria) ersättningen till dessa kvinnor för tidigare oavlönat arbete ses som ett framsteg i



Tyskland. Samtidigt kan bidragen minska incitamenten för dessa kvinnor att söka arbete på den öppna arbetsmarknaden. Det sista illustrerar inlåsnings effekten av bidraget²⁴.

8. ÖVRIGT

Läkare i Tyskland som är anställda har fast lön som regleras via förhandlingar mellan parterna med årliga uppräknings via ett komplicerat system

Det stora problemet i det tyska multientrala sjukvårdssystemet är bristande kostnadskontroll där den federala regeringen för "krig" mot alla olika intressegrupper inom det komplicerade sjukvårdssystemet. Tyskland ligger högt i länderjämförelse inom EU vad gäller sjukvårdskostnadernas andel av BNP (bara Frankrike ligger högre). Mäter man i stället i termer av utgifter per capita i köpkraftskorrigerade priser hamnar Tyskland i mittgruppen av de studerade 8 länderna.

²⁴ "Consumer Direction and Choice in Long-term Care for Older Persons, Including Payment for Informal Care", OECD Health Working Papers no 20, May 2005.