

Kan vi lära av Nederländernas sjukvårdsreform?

Det finns anledning att följa utvecklingen i Nederländerna och ta till sig lärdomarna efter hand som effekterna av den fem år gamla sjukvårdsreformen blir tydliga. Detta kräver dock att man sätter sig in i reformens kontext och innehåll.

Det finns i dag ett betydande intresse i Sverige för den nu fem år gamla nederländska sjukvårdsreformen. Intresset har lite olika upprinnelse. För vissa är intresset analytiskt. Man vill få klarhet i reformens bakgrund, genomförande och effekter. Andra har en mer normativ inriktning och ser den nederländska reformen som ett steg mot ett ökat (och önskvärt/oundgängligt) privat inslag i hälso- och sjukvårdssystemet.

För att kunna lära något av Nederländerna måste man sätta sig in i reformens kontext och drivkrafter samt tränga lite djupare in i vad reformen egentligen innehåller, vilket är syftet med denna artikel. Fokus ligger på relationerna och balansen mellan privata och offentliga inslag eftersom dessa speciellt har uppmärksammats.

Förprocessen till reformen var mycket långvarig, mer än två decennier. Redan i mitten av 1980-talet lade den så kallade Dekkerkommittén sina förslag till en omfattande reform. Bakom reformen fanns flera drivkrafter. En av de viktigaste var att komma bort från försäkringssystemets uppdelning i en offentlig del för det stora flertalet (runt två tredjedelar av befolkningen) och en privat del för den tredjedel av befolkningen

som tjänade över 250 000 kronor per år.

Med en ny regering följde modifieringar av förslaget. Den så kallade Simonsplanen innefattade införande av en grundförsäkring som omfattar alla, finansiering via inkomstrelaterade premier, budgetstyrda (riskutjämnade) försäkringsföretag samt decentraliserat beslutsfattande. Regleringen skulle minska och konkurrensen öka. Förslaget möttes dock av betydande motstånd och kom endast delvis att genomföras.

När reformmängden på nytt började stiga ett tiotal år senare uppmärksammades en komplikation implicerad i reglerna för EU:s inre marknad med kravet på fri rörlighet för varor och tjänster. Vissa bedömare hävdade att den blandade – offentliga och privata – finansieringen gjorde systemet sårbart i relation till EU-lagarna om rättvis konkurrens. En renodling var nödvändig: antingen privat eller offentligt [1].

Från och med 2006 finns alltså en för alla holländare obligatorisk basförsäkring till vilken man ansluter sig individuellt eller, vilket gäller för flertalet försäkrade, i grupp. Denna försäkring täcker primärvård och sjukhusvård, medan långtidsvården täcks av ett separat system. Innehållet i basförsäkringen bestäms av regeringen. Därutöver har alla rätt att köpa en kompletterande, frivillig försäkring.

Premierna i basförsäkringen sätts i konkurrens mellan kassorna och är nominella, det vill säga icke inkomstrelaterade och betalas direkt till försäkraren. År 2011 uppgår premien i genomsnitt till 1 200 euro per person. Försäkrarna är strikt reglerade. De får inte variera premien



Foto: Colourbox

Är Nederländernas fem år gamla sjukvårdsreform på rätt väg?

utifrån ålder, kön eller riskbedömning, och de måste acceptera alla ansökningar. Från detta finns ett undantag: gruppförsäkringar, som omfattar mer än hälften (64 procent) av de försäkrade. Dessutom betalar den försäkrade en viss andel (för närvarande 7,75 procent) av sin inkomst (upp till ett tak på för närvarande 2 590 euro) till en central fond, som fördelar pengar till försäkrarna efter ålder, kön, läkemedelsförbrukning och sjukdomsförekomst. I detta ligger ett riskutjämningsystem.

Försäkringsgivarna är privata, icke-vinstsyftande organisationer. Vinstsyftande försäkrare kan visserligen sälja privata basförsäkringar, men de flesta har valt att lämna marknaden. Alla kvarstående försäkrare är således ömsesidiga eller icke vinstsyftande organisationer [2].

Relationerna mellan den försäkrade och försäkringsbolaget regleras civilrättsligt, inte genom offentlig rätt. Försäkrarna ska konkurrera. Patienten har full valfrihet och kan byta försäkrare en gång per år. Bortsett från det första året efter reformen är bytena få (under 5 procent per år av de försäkrade).

Den kompletterande försäkringen får omfatta enbart sjukvård som inte täcks av basförsäkringen eller av den

särskilda försäkringen för långtidsvård. Försäkraren har för den frivilliga försäkringen rätt att differentiera premierna och är heller inte skyldig att acceptera alla individer. Möjligheterna att välja är därmed begränsad för vissa patienter.

Försäkringsbolagen köper vård från sjukhusen och har frihet att teckna kontrakt med enstaka sjukhus genom så kallad individuell/selektiv kontraktering. Förhandlingar om pris och kvalitet är emellertid reglerade, och det är bara ett begränsat antal av sjukhusens tjänster som är föremål för prisförhandlingar. Man har velat implementera möjligheterna att förhandla gradvis, bland annat för att försäkringsbolagen ska bygga upp tillräcklig expertis och erfarenhet för att kunna leva upp till rollen av beställare.

Friheten att förhandla gäller vissa så kallade DBC-grupper (liknande DRG, diagnosis-related groups), som introducerades år 2005. Intäkterna från dessa tjänster svarar nu för ungefär en tredjedel av sjukhusens intäkter. Regeringen fastställer globala budgetar för sjukhusen samt avgifter för fristående specialister och för allmänläkarna.

Mer än 90 procent av sjukhusen är privata, icke-vinst-



SVEN-ERIC BERGMAN
pol mag, policy-analytiker, Stockholm
sveneric@bergman.se

syftande och de flesta har anknytning till antingen katolska eller protestantiska sammanslutningar. Vinstsyftande sjukhus är inte tillåtna. Övriga 10 procent är offentliga och utgörs främst av universitetssjukhusen. Nästan all specialistvård bedrivs på sjukhusen.

Det finns anledning att följa utvecklingen i Nederländerna och ta till sig lärdomarna efter hand som reformens effekter blir tydliga. Dock finns det skäl att komma ihåg några viktiga utgångspunkter:

- Bakgrunden med ett delat finansieringssystem och behovet av anpassning till EU-lagarna.
- Den starka begränsningen av det privata inslaget på såväl försäkringssidan som sjukhussidan.
- Ersättningen är till övervägande del fortfarande reglerad.
- Nära två tredjedelar av försäkringarna är kollektiva.
- Försäkrarna får inte konkurrera med olika innehåll och villkor; de är givna.
- Inte särskilt många byter försäkringsbolag.
- Den kompletterande försäkringen får inte innefatta vård som täcks av basförsäkringen. Dessutom görs en riskbedömning av den kompletterande försäkringen som leder till differentierade avgifter och till att vissa exkluderas.

Det finns i Nederländerna olika bedömningar av reformens konsekvenser och av vad andra kan lära. Ginneken et al menar att andra kan ha något att lära men understryker att införandet av reglerad konkurrens inte är någon enkel övning utan kräver kontinuerlig insats från alla aktörer på marknaden [3].

Okma et al är mer kallsinniga. De hävdar bland annat att takten i kostnadsökningarna inte minskat nämnvärt och att de administrativa kostnaderna ökat. Vidare pekar de på att systemet – sticK i stäv med retoriken –

fortfarande vilar mer på reglering än på konkurrens [4].

Slutligen är det dock så att »the proof of the pudding is in the eating«. Hur påverkas verksamheten, vad händer på golvet? Vad man vet har inte några större förändringar rapporterats hittills. Nederländska allmänläkare har dock nyligen uttryckt oro för att konkurrenständandet är skadligt för patienterna då det hindrar samverkan i vården.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Sheldon T. EU law makes Netherlands reconsider its health system. *BMJ*. 2000;320:206.
2. Cacace M, Ettelt S, Brereton L, Pedersen J, Nolte E. How health systems make available information on service providers: Experiences in seven countries. Cambridge: Rand Europe; 2011. p 57.
3. van Ginneken E, Schäfer W, Kroneman M. Managed competition in the Netherlands: an example for others? *Eurohealth*. 2010;16(4):25.
4. Okma KGH, Marmor TR, Oberlander J. Managed competition for Medicare? Sobering lessons from the Netherlands. *N Engl J Med*. 2011;365:287-9.
5. Sheldon T. Is competition law bad for patients? *BMJ*. 2011;343:d4495.

Inför avdragsrätt för gåvor till forskning

■ I USA och säkert många andra länder finns avdragsrätt för gåvor till forskning. Hur stora är möjligheterna till detta i vårt land? Ett litet steg på vägen är dock att aktieutdelning får ges skattefritt till forskning. När förmögenhetsskatten avvecklats och reglerna om reducerad skatt på pengar som tas hem från skatteparadis tillkommit, förväntas många ta hem sina förmögenheter eller delar därav. Här finns en möjlighet att kanalisera åtminstone delar av dessa medel till forskning och utveckling genom att skapa ett system som ger skattebefrielse för gåvor till forskning. Så skulle samhället kunna återvinna något av den skatteabsolution som utlovats, t ex genom att forskningen leder till bättre behandling av stroke.

varen är att veta vart pengarna går: Vem är mottagaren, vad täcker gåvan etc. Mycket gärna vill vederbörande säkert se resultaten i form av en förståelig sammanställning, artikel eller i varje fall få en muntlig redogörelse för vad dessa medel helt eller delvis bidragit till.

Jag har mött många läkare som skulle vara lyckliga om de finge en halv, en eller till och med två miljoner kronor för sin forskning (gärna en viss summa under några år – då kan man planera långsiktigt). Anslagsmottagaren skulle då slippa ägna stora delar av sin tid (ofta fritid) åt att skriva ansökningar för att få kanske 70 000–200 000 kronor eller inget alls (vilket förefaller vara mycket vanligt).

Margareta Blombäck

professor emeritus, Karolinska universitetssjukhuset, Karolinska institutet
Margareta.Blomback@ki.se

Vad skulle locka en gåvogivare att ge en stor summa till medicinsk forskning? Jag tror att mycket viktigt för gi-

Mer debatt på Lakartidningen.se

Lakartidningen tar emot ett stort antal manus för publicering under vinjetten Debatt och brev. Det finns fler debattinlägg på Lakartidningen.se/debatt.



Foto: Colourbox

Socialstyrelsen – utan vagnar?

Replik om ändrad specialitetsindelning: **Finns det några vagnar kopplade till Socialstyrelsens tåg?**

Socialstyrelsen har aviserat att specialitetsindelningen helt ska göras om. Varför har inte vårdgivarna tillfrågats?

Lars Kihlström, Jonas Nordquist
(Förhandspublicerad)

Replik från Socialstyrelsen: **Välkomna ombord!**

Vi välkomnar alla berörda parter ombord på tåget på det nya spår vi nu växlat in på.
Ulf Kvist, Anders Printz, Frida Nobel



Foto: Colourbox

Nu kan du få en ganska översam behandling som bonus till Cipralex

Läkemedelsföretaget Lundbeck marknadsför Deprexis, ett tyskutvecklat Internetbaserat KBT-program mot depression som den som får Lundbecks produkt Cipralex kan ta del av gratis ... Det som kan framstå som ett bra erbjudande är dock problematiskt ...

Christian Rück, Brjánn Ljótsson, Nils Lindfors, Bo Melin

Replik: **Deprexis ett utmärkt alternativ till Internetpsykiatri.se**

När vi som läkemedelsföretag bestämt oss för att erbjuda KBT via Internet som tillägg till Cipralexbehandling har vi varit mycket noga i vårt val.

Anders Luts, Agneta Björck Linné

Replik: **Fel igen om mobiltelefoni och hjärntumör**

Lars-Gunnar Gunnarsson diskuterade i LT 37/2011 (sidan 1770) användningen av mobiltelefoni och risken för hjärntumörer och gjorde därvid en rad felaktiga påståenden, som belysts av Fredrik Söderqvist (LT 41/2011, sidan 2036) [1]. Gunnarssons replik i samma nummer (sidorna 2036-7) innehåller återigen sakfel och missuppfattningar.

Lennart Hardell