

# Vård- och omsorgssystemens utformning och finansiering – en internationell utblick



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>Förord</b>	<b>3</b>
<b>Inledning</b>	<b>4</b>
<b>Finansieringen av hälso- och sjukvården under press</b>	<b>5</b>
Hälso- och sjukvårdsutgifterna ökar	5
Länders andel av offentligfinansierad sjukvård varierar	7
Egenfinansiering av den totala privata finansieringen	8
<b>Utformning och finansiering av sjukvårdssystemen</b>	<b>11</b>
Skillnader i ländernas grundförutsättningar	11
Olika modeller för sjukvårdssystemen	11
Utformning och finansiering land för land	15
Sverige	15
Danmark	16
Finland	18
Norge	18
Storbritannien	20
Tyskland	22
Nederländerna	25
Belgien	27
Frankrike	28
Schweiz	29
Spanien	30
Grekland	31
Kanada	33
USA	34
Japan	35
Singapore	37
Försäkringsinslag i äldreomsorgen	38
<b>Slutsatser</b>	<b>49</b>
<b>Referenser</b>	<b>51</b>

---

# Förord

Vi står inför stora utmaningar när det gäller tillhandahållande och finansiering av sjukvård och äldreomsorg och det behövs en bred diskussion för att skapa insikt om behov, förväntningar och möjliga lösningar.

Med tanke på försäkringsbranschens funktion – att ge individer trygghet mot olika risker – vill vi vara med och bidra till diskussionen och till att öka kunskapen om faktorer som är viktiga för att trygga välfärdstjänsterna i framtiden. Mot denna bakgrund publicerar Svensk Försäkring rapportserien Vår framtida välfärd.

Hur ser vård- och omsorgssystemen ut i andra länder? I vår tredje välfärdsrapport ger vi en översiktlig beskrivning av hur ett antal andra länder har valt att organisera och finansiera sin vård och omsorg och i vilken utsträckning som dessa system innefattar försäkringsinslag. Det är vår förhoppning att denna internationella utblick ska ge idéer inför fortsatta diskussioner om vår framtida välfärd.

Stockholm i februari 2013

Kristina Ström Olsson, ekonom, Svensk Försäkring

Tidigare publicerade delar i rapportserien Vår framtida välfärd:

Del 1 Välfärdstjänsterna i framtiden – behov och förväntningar

Del 2 Välfärdstjänsterna i dag och det offentliga åtagandet

---

# Inledning

Det är en stor utmaning att trygga framtida behov av sjukvård och äldreomsorg. Stora delar av västvärlden, men även andra delar av världen, står inför en demografisk utmaning där allt fler personer ska försörjas i relation till den yrkesarbetande befolkningen. Debatten om bristande resurser och om hur trycket på systemen kommer att öka framöver har pågått en tid. Det är viktigt att diskutera frågor som hur individens behov och förväntningar kommer att se ut och hur dessa ska tillgodoses och finansieras. Morgondagens behov kan kräva andra lösningar än dagens.

Flera länder har genomfört eller är på väg att genomföra omfattande förändringar av sina vård- och omsorgssystem. Erfarenheter från andra länder kan ge oss vägledning i den viktiga och nödvändiga diskussionen om vår framtida välfärd i Sverige.

I denna rapport gör vi en internationell utblick och studerar vård- och omsorgssystemens utformning och finansiering. Vi har valt att titta på Norden samt ett urval av övriga länder i Europa och andra delar av världen som har försäkringsinslag i sina system. Rapporten är en beskrivning av intressanta företeelser i olika länder och innehåller inte några rekommendationer eller förslag.

---

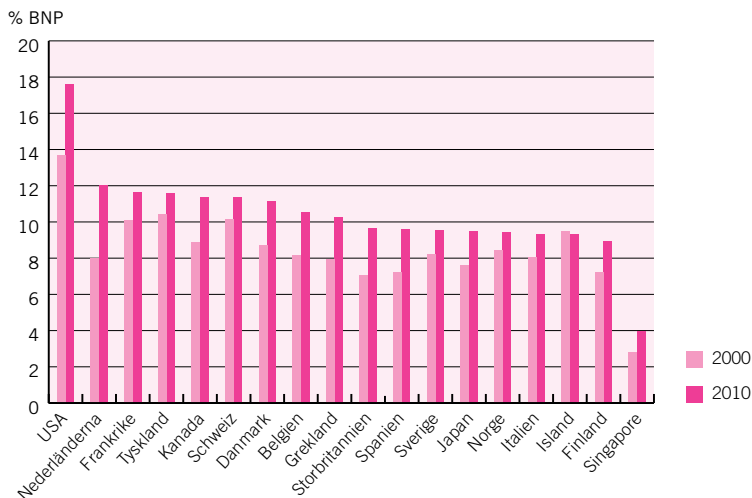
# Finansieringen av hälso- och sjukvården under press

## Hälso- och sjukvårdsutgifterna ökar

Finansieringen av hälso- och sjukvården, och även äldreomsorgen, är under press och kräver redan i dag prioriteringar i verksamheterna. Det är en stor utmaning att klara välfärden i framtiden med en åldrande befolkning och löpande standardhöjning på det medicintekniska området. Den pågående globala ekonomiska krisen riskerar också att försämra tillången till god vård och omsorg i ett kortare perspektiv. I vissa länder i Europa är det redan ett faktum.

När det gäller vård- och omsorgssystemen generellt är ett utmärkande drag i de nordiska välfärdssystemen att de i huvudsak är offentligt finansierade. Kanadas och Storbritanniens sjukvårdssystem liknar de nordiska systemen beträffande organisation och finansiering. Diagrammet nedan visar hälso- och sjukvårdsutgifterna som andel av BNP för ett urval av länder. Från 2000 till 2010 ökade utgifterna överlag.

Diagram 1. Totala hälso- och sjukvårdsutgifter som andel av BNP, procent



Källa: OECD, Health Data 2012 (för Japan och Spanien avser 2010-stapeln 2009 års siffror). Då Singapore inte är en del av OECD är statistiken, med samma definition, i detta fall hämtad från World Bank Data.

---

## Utvecklingen 2000–2010

USA har i särklass högst vårdutgifter som andel av bruttonationalprodukten (BNP). Utgifterna har dessutom dragit ifrån ytterligare de senaste 10 åren. Övriga länder har avsevärt lägre utgifter, oavsett hur stort eller litet inslaget av privata lösningar är i utförande och finansiering av vården. Av de europeiska länderna i vår studie hade Nederländerna (12 procent), Frankrike och Tyskland (båda 11,6 procent) högst utgifter under 2010. Singapore är det land som spenderar minst resurser på hälso- och sjukvård.

Den globala ekonomiska krisen och en därpå följande svag tillväxt har föranlett åtstramningar i de flesta länder, inte minst när det gäller tillgången till hälso- och sjukvård. Jämfört med tio år tidigare har sjukvårdsutgifterna i förhållande till BNP ökat (2010), trots åtstramningarna. Med tanke på att kostnaderna för vård och omsorg inte följer konjunkturen som andra delar av ekonomin – de är normalt trögörliga – är detta naturligt.

Island är dock ett undantag då utgifterna faktiskt har minskat som andel av BNP under denna tioårsperiod. Den ekonomiska krisen innebar kraftigt sjunkande inkomster för den inhemska ekonomin. Landet vidtog då kraftiga åtgärder, vilket lett till betydligt lägre utgifter för hälso- och sjukvård bland annat genom effektiviseringar och uppskjutna investeringar. Det sistnämnda utgör dock bara en tillfällig lösning eftersom investeringar är viktiga för tillväxten. Utvecklingen per capita visar minskade utgifter för flera av länderna mellan 2009 och 2010<sup>1</sup>. Även här utmärker sig Island, vars sjukvårdsutgifter minskat kraftigt. Minskningen per capita är nästan lika stor i Grekland.

<sup>1</sup> OECD; Health at a Glance, Europe 2012.

---

Utvecklingen i närtid

OECD:s senaste hälso- och sjukvårdsstatistik 2012 visar att sjukvårdsutgifterna nu ökar i långsammare takt, främst i USA och Kanada. När det gäller större förändringar av sjukvårdssystemet har OECD varnat för de negativa effekter som förändringsåtgärder utan noggrann utvärdering kan medföra. Att undvika sådana negativa effekter är av central betydelse eftersom risken annars är att tillgången till sjukvård försämras och att kvalitetsskillnaderna inom vården blir alltför stora<sup>2</sup>.

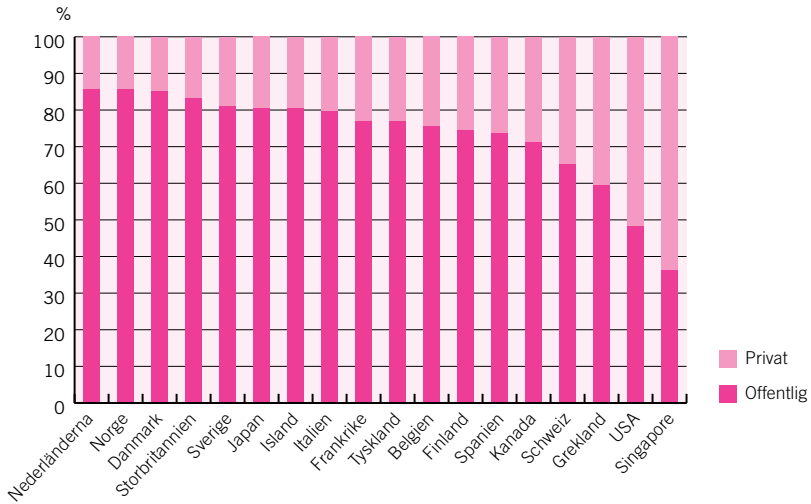
## **Andelen offentligfinansierad sjukvård varierar**

Låt oss titta på hur sjukvårdsutgifterna fördelas på privat och offentlig finansiering i respektive land. Med offentliga utgifter avses alla de hälso- och sjukvårdsutgifter som finansieras med pengar från den offentliga sektorn, främst i form av skatteinkomster och i förekommande fall avgiftsinkomster. Med privat finansiering menas all finansiering av hälso- och sjukvård som inte sker via staten, exempelvis patientavgifter och försäkringspremier till privat sjukvårdsförsäkring. Sverige och övriga Norden, bortsett från Finland, har en relativt låg andel privat finansierad sjukvård medan Singapore, USA, Grekland och Schweiz har en tämligen stor andel privat finansiering.

I USA är finansieringen övervägande privat. Utformningen av ersättningsystemen gör att incitamenten för effektivisering och kostnadskontroll är svaga. Detta behandlas närmare i delavsnittet om USA. Det offentliga skyddet är mindre även i Singapore och Schweiz. I genomsnitt är andelen offentligfinansierad sjukvård cirka 70 procent inom OECD. När det gäller Grekland är det offentliga skyddet i teorin stort, målet är att garantera tillgång till kostnadsfri sjukvård för alla. I praktiken krävs ofta omfattande egenfinansiering för att få del av vården inom rimlig tid.

<sup>2</sup> OECD; Economic Outlook December 2012.

Diagram 2. Andel offentligt respektive privat finansierade hälso- och sjukvårdsutgifter 2010, procent



Källa: OECD, Health Data 2012 (avser 2010 eller närmaste året). Eftersom Singapore inte är med i OECD har statistiken, med samma definition, där hämtats från World Bank Data.

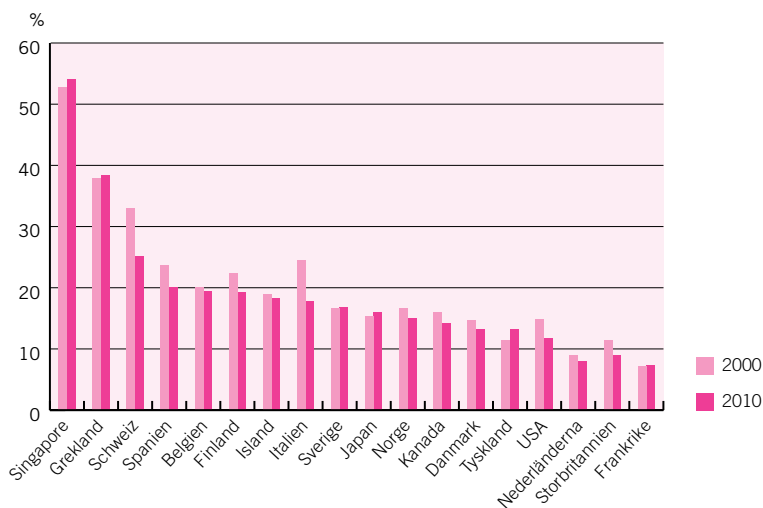
Den globala finanskrisen har bidragit till en förskjutning från offentlig mot privat finansiering för vissa länder, till följd av en försämrad tillgång till det offentliga utbudet.

## Egenfinansiering av total privat finansiering

En del av den privata vårdfinansieringen är egenfinansiering, även kallad betalning ur-egen-ficka. Definitionen av egenfinansiering är här de hälso- och sjukvårdsutgifter som betalas direkt från hushållen och de kan utgöras av patient- och vårdavgifter på offentligt eller privat sjukhus eller primärvårdscentral, avgifter för icke-offentligfinansierade operationer och behandlingar, medfinansiering av sjukvård samt betalning av hela eller delar av premien till privat eller offentlig sjukvårdsförsäkring (den del som inte bekostas av en eventuell arbetsgivare).



Diagram 3. Andel egenfinansiering av de totala vårdutgifterna



Källa: OECD, Health Data 2012 (avser 2010). Singapore ingår inte i OECD-statistiken. Siffor för landet är i stället hämtade från World Bank Data, med samma definition.

Mönstret för egenfinansiering som andel av totala vårdutgifter, se diagrammet ovan, skiljer sig något från det föregående som visar andelen totalt privat finansierad sjukvård. Det är svårt att dra några säkra slutsatser utifrån statistiken även om det förefaller vara så att medborgarnas egenfinansiering är relativt liten i länder med relativt omfattande försäkringsinslag i sjukvården. Frankrike, Nederländerna och Tyskland är några exempel på detta. Storbritannien är ensamt i sitt slag med att både ha en huvudsakligen skattefinansierad sjukvård och en mycket låg egenfinansiering. I Schweiz gäller snarast motsatsen. Där är både privatfinansieringen totalt och egenfinansieringen relativt hög i förhållande till de totala vårdutgifterna, även om egenfinansieringen har minskat avsevärt de senaste 10 åren.

---

Singapore och Grekland har förvisso den i särklass högsta egenfinansieringen men sjukvårdssystemens funktionssätt skiljer sig en hel del från övriga länder. Singapore har ett välfärdssystem uppbyggt kring så kallade vårdsparkonton som medborgarna finansierar genom avgifter. Att Grekland hamnar högt beror till stor del på att privat direktbetalning för vård vid sidan om det formella vårdssystemet är utbrett. Se mer i länderbeskrivningen nedan.

Av diagram 1 kan vi utläsa att vårdutgifterna har ökat som andel av BNP de senaste 10 åren. Andelen av vårdutgifterna som utgör egenfinansiering, som redovisas i diagram 3, har tvärtom minskat i två tredjedelar av länderna. En orsak till detta är att dessa länder, i synnerhet Schweiz och Italien, har ökat det offentliga skyddet för välfärdstjänster för att förbättra tillgången till sjukvård. Pendeln kan dock komma att svänga med de utmaningar vi har framför oss. Ett ökande kostnadstryck i vård- och omsorgssystemen på grund av allt fler vårdbehövande äldre och en ökad efterfrågan på ny medicin och teknik kan komma att kräva en betydligt högre omfattning av vad som behöver egenfinansieras.

---

# Utformning och finansiering av sjukvårdssystemen

## Skillnader i ländernas grundförutsättningar

Skillnader i ländernas demografi, ekonomi, värderingar, tradition och ekonomiernas storlek är viktiga förklaringar till hur vård- och omsorgssystemen utformats. Olikheterna komplicerar givetvis jämförelsen av olika länders vård- och omsorgssystem. Det som fungerar i ett land fungerar inte nödvändigtvis i ett annat land. Trots olika grundförutsättningar bör vi kunna dra lärdom av andra länders system.

Alla europeiska länder i vår studie erbjuder medborgarna åtminstone ett grundläggande offentligt skydd för sjukvårdskostnader. Vanligtvis handlar det om vårdkonsultation av läkare, tester och undersökningar samt sjukhusvård. Även om alla länder har målsättningen att erbjuda sjukvård till alla på lika villkor, finns skillnader i vilken vård och omsorg individer får tillgång till. Bilden kompliceras också av att det löpande sker förändringar inom systemen. Dessutom har flera av de mest ekonomiskt krisdrabbade länderna vidtagit åtgärder som medfört försämringar i tillgången till vård på vissa områden.

## Olika modeller för sjukvårdssystemen

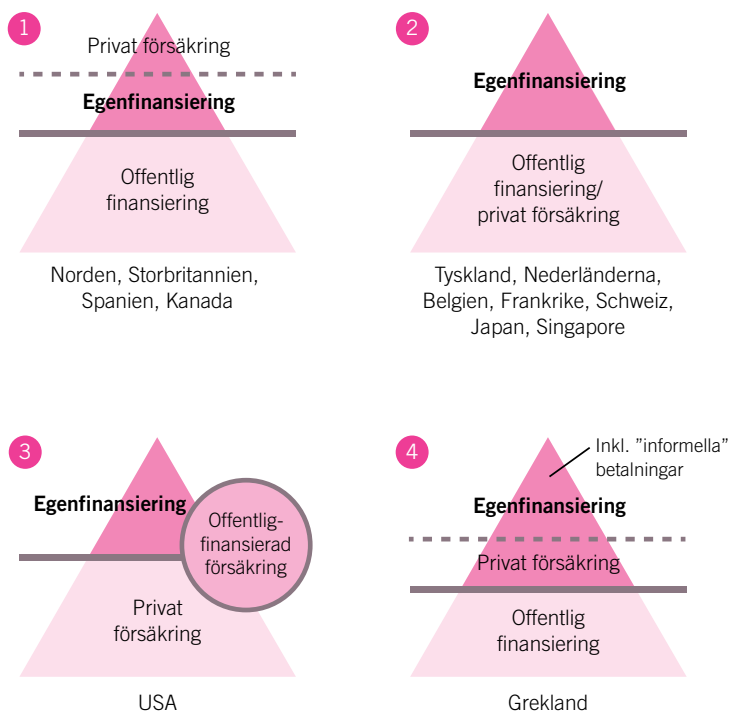
Utformningen av vård- och omsorgssystemen har naturligtvis nära koppling till finansieringen av dem. Till finansieringskällorna hör skatt, statsbidrag och sociala avgifter, patient- och brukaravgifter, egenfinansierad privat vård och omsorg, medfinansiering samt olika försäkringslösningar. Samtidigt som länder diskuterar hur de genom systemens utformning och funktion ska kunna undvika alltför stora kostnadsökningar framöver, diskuteras även hur finansieringen av systemen ska ske och graden av offentlig-privat samverkan. I många länder utgör privat försäkring en del av finansieringskällan. I USA är sjukvården uppbyggd kring privata sjukvårdsförsäkringar. I Tyskland, Nederländerna, Belgien, Schweiz och

---

Japan är sjukvårdförsäkringen obligatorisk och kan vara offentlig eller privat. Sett till de europeiska länderna har nästan hela befolkningen i Frankrike, Nederländerna och Belgien en kompletterande privat sjukvårdsförsäkring. I länder som Sverige, Norge och Finland är andelen med privat sjukvårdsförsäkring låg.

Den finns en trend mot att länder där den offentliga sektorn utför och finansierar sjukvården, såsom Sverige, i allt större utsträckning får privata inslag i utförandet och finansieringen. På motsvarande sätt ökar det offentliga skyddet i vissa länder med en stor del privat producerad och finansierad sjukvård.

Figur 1. Olika finansieringsmodeller för sjukvården



---

1. I denna modell är offentlig finansiering den huvudsakliga finansieringskällan för hälso- och sjukvården. Ländernas system passar in i den så kallade Beveridge-modellen vars kännetecken är ett skattefinansierat sjukvårdssystem med en stor andel offentliga vårdgivare. Egenfinansieringen står för 8–20 procent beroende på land. Därutöver finns inslag av privat försäkring som i de flesta fall fungerar som ett komplement till den offentligt tillhandahållna sjukvården. Exempel på länder är Sverige, Danmark, Norge, Finland, Storbritannien, Spanien och Kanada. Till skillnad från övriga länder har Kanada en stor andel privata vårdgivare och kan därför också tolkas som en blandning av modell 1 och 2.

2. Modell två visar ett system med en blandning av offentlig och privat försäkring som den främsta finansieringen. Denna modell har även kallats Bismarck och kännetecknas av finansiering via offentliga eller privata försäkringar och försäkringsgivarna kallas ofta för ”sjukkasor”. Alla medborgare omfattas av försäkringen så den är obligatorisk och vården utförs till största delen i privat regi.

Egenfinansieringen skiljer sig mellan länderna. Schweiz har med sina 25 procent näst efter Singapore och Grekland den högsta egenfinansieringen av de här studerade länderna. I Tyskland och Japan uppgår den till cirka 13 respektive 15 procent, medan den i Belgien ligger på cirka 20 procent. I Frankrike och Nederländerna är egenfinansieringen betydligt lägre och utgör 7–8 procent. Singapores system har likheter med denna modell, men så kallade vårdsparkonton ger en grundtrygghet i stället för offentlig eller privat vårdförsäkring och egenfinansieringen är hög. Exempel på länder som kan räknas till denna modell är Tyskland, Nederländerna, Belgien, Frankrike, Schweiz, Japan och i viss mån Singapore.

3. Den tredje modellen visar ett privatiserat sjukvårdssystem, vilket används i USA. Det amerikanska sjukvårdssystemet har likheter med Bismarck-modellen men en av skillnaderna är att den amerikanska sjukvårdsförsäkringen inte är obligatorisk (ännu). På grund av avsak-

---

naden av en generell välfärd med ett offentligt grundskydd hamnar en del människor som inte tecknat sjukvårdsförsäkring helt utanför systemet, utan tillgång till vård och omsorg. Sjukvårdsförsäkringen är till största delen privat finansierad. I USA kan individer, som saknar ekonomiska förutsättningar och är funktionshindrade eller gamla, få hjälp med finansieringen från den offentliga sektorn. Ett större förändringsarbete pågår i USA, se vidare i delavsnittet om USA. Egenfinansieringen är inte särskilt hög i USA, knappt 12 procent.

4. Greklands sjukvårdssystem liknar i vissa delar Storbritannien och i andra delar Tyskland med flera. Sjukvården bedrivs till största delen i offentlig regi, varför systemet ligger närmare modellen Beveridge än Bismarck. Det som gör landets sjukvårdssystem säregt är dess höga andel informella<sup>3</sup> betalningar, vilket gör att vi placerat Grekland i en egen modell. Dessa privata betalningar förklarar varför Grekland efter Singapore har den i särklass högsta egenfinansieringen, omkring 40 procent.

### **Vad är privat sjukvårdsförsäkring?**

Generellt är privat sjukvårdsförsäkring utformad för att täcka kostnader som uppstår vid oförutsedda hälsorelaterade händelser för individ eller grupp. Försäkringsföretaget ser till att den försäkrade får vård snabbt vid behov och betalar också för denna sjukvård. Det finns stora skillnader i vilken roll olika länders privata sjukvårdsförsäkringar spelar och även i dess funktion och utbredning.

Vidare finns skillnader mellan länderna huruvida den är obligatorisk eller frivillig, och hur finansieringen ser ut i förhållande till den offentliga sektorn samt om försäkringen ersätter offentligt utförd vård (substitut), om den kompletterar den offentliga vården (komplement) eller om den gör båda-dera gentemot den offentliga försäkringen. Både inom och mellan länder varierar vad respektive försäkringsföretags sjukvårdsförsäkring täcker.

<sup>3</sup> Privat betalning (egenfinansiering) som inte sker genom de formella kanalerna såsom patientavgiften.

---

## Utformning och finansiering land för land

Nedan följer en kort beskrivning av hälso- och sjukvårdssystemen i Sverige, Danmark, Finland, Norge, Storbritannien, Tyskland, Nederländerna, Belgien, Frankrike, Schweiz, Spanien och Grekland samt i Kanada, USA, Japan och Singapore.

### Sverige

Sverige är känt för sitt omfattande sociala skydd, vilket ska ge alla medborgare tillgång till likvärdig vård och omsorg. Verksamheterna inom sjukvården och äldreomsorgen innefattar ett antal aktörer som samverkar på olika sätt. Vissa aktörer ansvarar för finansiering, produktion eller styrning medan andra ansvarar för reglering, normering eller tillsyn. Över tid har systemen blivit mer komplicerade med allt fler aktörer och styrningsmekanismer, vilket har lett till en minskad transparens. Sverige har en decentraliserad modell med många självständiga landsting och kommuner som själva fattar beslut om verksamheten och prioriteringar för vården respektive omsorgen. Kedjan av beslutsfattande inom sjukvården består av politiker, landstingsledning, hälso- och sjukvårdspersonal och patienter. Landstingen agerar både som vårdgivare och finansiär.

Till skillnad från övriga nordiska länder har Sverige lagt ett stort ansvar för sjukvården på landsting och regioner. Norge och Danmark har tagit bort denna mellannivå. I Sverige utförs sjukvården till övervägande delen i offentlig regi och så är fallet även i Finland. I Danmark och Norge står privatpraktiserande läkare för större delen av primärvården och de är till övervägande delen offentligfinansierade.

### Finansiering

Sjukvårdskostnaderna finansieras främst genom skatter och statsbidrag. Det finns skillnader i individers upplevda behov av vård och omsorg och de behov som tillgodoses av det offentliga och det kan röra sig om både tillgänglighetsproblem och att vårdbehandling prioriterats bort.

---

En utvecklingstendens är att allt fler delar inom den skattefinansierade hälso- och sjukvården ransoneras bort och att individer måste bekosta den ur egen ficka för att få tillgång till den. Ett större ansvar läggs då på individen att ”se om sitt hus”. Det gäller exempelvis vaccinationer, vissa hälsokontroller, kosmetiska operationer, närsynthetsoperationer och viss psykoterapi, under förutsättning att det inte finns speciella medicinska skäl för att genomföra dem.

Drygt 80 procent av sjukvården finansieras med offentliga medel. Den privatproducerade vården är till övervägande del offentligt finansierad och står för 10 procent av den offentligt finansierade vården. När det gäller privat sjukvårdsförsäkring har cirka 4,5 procent av befolkningen en sådan och försäkringen finansierar de totala vårdkostnaderna med knappt en procent, eller cirka 2 miljarder kronor. Sjukvård via försäkringen utförs enbart av privata vårdgivare. Försäkringen är ett komplement till den offentliga vården och erbjuder specialistvård med kort väntetid.

## **Danmark**

Danmark har en stark central styrning av sjukhusvården och det är primärvården som styr vilka övriga vårdinsatser som ska sättas in. Fem regionråd, som väljs vart fjärde år, tar hand om sjukhusvård, läkemedel, allmänläkarsystem samt tandvård. Regionerna saknar dock beskattningsrätt och finansiering sker i stället huvudsakligen via staten. Resterande del sker genom uppdragsfinansiering från kommunerna. Större delen av den offentligfinansierade primärvården utförs av privatpraktiserande läkare. De har avtal<sup>4</sup> med respektive region och ingår i socialförsäkringssystemet.

### Finansiering

Sjukvården i Danmark är till största delen skattefinansierad. Egenfinansieringen i systemet är relativt låg, till exempel är akutsjukvården till skillnad från Sverige kostnadsfri. Av alla yrkesverksamma danskar har cirka 25 procent en privat sjukvårdsförsäkring. Förutom att ge kortare

<sup>4</sup> Sveriges Läkarförbund; ”Sjukvård med detsamma?” (2012).



---

väntetid till behandling än via den offentliga vården, innefattar försäkringen viss vård som inte ingår i det offentliga åtagandet. Försäkringarna har bidragit till att korta kötiderna i den offentliga vården.

Privat sjukvårdsförsäkring, tecknad genom arbetsgivaren, var fram till årsskiftet 2011/2012 avdragsgill i deklarationen. Det kan vara en förklaring till varför avsevärt större andel har sjukvårdsförsäkring i Danmark än i Sverige. Det är tänkbart att slopandet av skattelättnaden för arbetsgivarebetalda försäkringar kan minska efterfrågan på sjukvårdsförsäkringar. Hittills, till och med tredje kvartalet 2012, kan dock ingen effekt skönjas. Det återstår att se om resultatet är annorlunda när ett helt år passerat.

Intressant i sammanhanget kan vara att regeringen genomför regeländringar vid årsskiftet 2012/13 beträffande vårdgarantin inom den offentliga sjukvården. Den tidigare 30-dagars-garantin differentieras i två delar. Vid mindre allvarlig sjukdom försämras vårdgarantin till 60 dagar från att tidigare ha varit 30 dagar. Om denna garanti inte uppfylls, har patienten rätt till att välja behandling på privatsjukhus. Personer med allvarlig sjukdom ska dock garanteras vårdbehandling inom 30 dagar. Denna förändring kan komma att leda till en ökad efterfrågan på sjukvårdsförsäkringar.

### **Strukturförändring i Danmark**

Den 1 januari 2007 genomfördes en strukturförändring som innebar att de 271 kommunerna reducerades till 98 och de så kallade amterna avskaffades. I stället infördes 5 sjukvårdsregioner vilka sedan dess sköter all sjukhusvård och ansvarar för sjukförsäkringssystemet. Kommunerna är bland annat ansvariga för förebyggande hälsovårdsarbete, rehabilitering och äldreomsorg. Beskattningsrätten har i sin helhet övertagits av staten. Sedan får kommunerna pengar i form av ramanslag från staten. Regionerna får i sin tur bidrag från staten, 80 procent, och från kommunerna, 20 procent. Beslutsfattande och finansiering i staten har därmed frikopplats från varandra. Målet med förändringen var att sätta individen i centrum, och leda till bättre tillgänglighet, kvalitet och stordriftsfördelar.

---

## **Finland**

I Finland ligger ansvaret för all vård på kommunens socialtjänst med stöd från berörda myndigheter. De offentliga hälsocentralerna ansvarar för primärvård, rehabilitering, äldreomsorg och viss specialistvård. Kommuner måste ansluta sig till något av de 20 sjukvårdsdistrikten. Varje distrikt ska, förutom att tillhandahålla kvalificerad sjukvård, svara för utveckling och kontroll av de kommunala hälsocentralernas mest kvalificerade och kostnadsintensiva tjänster, såsom laboratorie- och röntgenundersökningar. Finland har ett av de mest decentraliserade sjukvårdssystemen i Europa. Det finns både offentliga och privata vårdgivare, men de privata utgör endast en liten del.

### Finansiering

Egenfinansieringen för sjukvården uppgår till knappt 20 procent. Cirka 40 procent finansieras via kommunalskatt och resterande 40 procent finansieras via statsbidrag och socialavgifter.

Den stora utmaningen för hälso- och sjukvården i Finland är att utjämna skillnaderna i sjukvårdskonsumtion både geografiskt och socioekonomiskt. En faktor som komplicerar det hela är att företagshälsovård är kostnadsfri för anställda, medan besökare på hälsocentralerna i övrigt får betala patientavgift. En annan utmaning är det stora antalet sjukhusdistrikt. Det gör det svårt att få lönsamhet med många främst kommunala småsjukhus ute i landet. Det förs diskussioner om ett system som liknar det svenska, med mer ansvar för landstingen och med färre men större regionsjukhus. Privata sjukvårdsförsäkringar har ytterst liten utbredning.

## **Norge**

Norges välfärdssystem liknar övriga nordiska system med till stor del offentligfinansierad vård och omsorg. Stat och kommuner delar på ansvaret, där staten har ansvar för specialistsjukvården genom fyra regionala hälsomyndigheter. De 435 kommunerna ansvarar för primärvård

---

och äldreomsorg. Den offentligfinansierade primärvården utförs till stor del av privatpraktiserande läkare som har avtal med kommunen. Möjligheten att från och med 2001 välja familjeläkare resulterade i lägre utgifter för sjukvården. Tidigare fanns problem med bristande samarbete och koordinering mellan och inom olika administrativa nivåer och en oklar ansvarsfördelning mellan nationell och regional nivå. Detta föranledde en ansvarsförändring år 2002. Målsättningen var dels att öka patienträttigheterna, dels att möta kraven av en åldrande befolkning och kraven på kostnadseffektivitet. Staten övertog ansvaret från kommunerna för ägande och ansvar för sjukhusen och för specialistvård. Statsbidrag finansierar numera hälsoregionernas sjukvårdsarbete, vilka leds av opolitiska styrelser.

### Finansiering

Egenfinansieringen av de totala sjukvårdsutgifterna uppgår till cirka 15 procent. Andelen offentligt finansierad sjukvård har faktiskt ökat sedan den globala krisen inleddes. Orsaken kan vara att man breddat det allmänna skyddet i välfärdssystemet.

Det faktum att kommunerna är så många och med enskilt ansvar för behandling, rehabilitering, långvård samt finansiering orsakar svårigheter. För en kommun med några hundra invånare kan det innebära stora organisatoriska och finansiella svårigheter. Att befolkningen är utspridd över landet har skapat effektivitets- och finansieringsproblem för kommunerna, vilket också lett till stora skillnader i vården.

Beträffande privat sjukvårdsförsäkring arbetar man bland annat efter ett koncept som innebär att försäkringstagare tydligare styrs till den offentliga sjukvården när det finns lediga tider. Det finns ingen garanti för att vården utförs i privat regi, men det finns garanti på kvalitet och att få vård inom en viss tid. Omfattningen av privata sjukvårdsförsäkringar är liten i Norge.

---

## Storbritannien

Storbritannien har ett helstatligt sjukvårdssystem med stark ekonomisk styrning från regeringen. Ett tiotal regionala myndigheter sköter planering och styrning, medan ansvaret för utförande ligger på de mer än 150 lokala primärvårdsförvaltningarna. Alla som bor legalt i landet omfattas av det nationella hälso- och sjukvårdssystemet (NHS) med kostnadsfri sjukvård som till drygt 90 procent finansieras via skatten. Andelen privata vårdgivare uppgår till omkring 20 procent men väntas öka i och med pågående systemförändringar (se nedan). Sjukvårdssystemet i Storbritannien har stora likheter med det i Sverige och tillgängligheten uppges vara ett problem i Storbritannien med långa vårdköer.

Eftersom alla i landet får sjukvård genom NHS är privat sjukvårdsförsäkring frivillig. Omkring 10 procent av befolkningen (cirka 6 miljoner) har en privat sjukvårdsförsäkring, som oftast erbjuds genom arbetsgivaren. Sjukvårdsförsäkringen är komplementär och erbjuder även i vissa hänseenden samma vård som inom det offentliga men till högre kvalitet. Den anses ha förbättrat tillgängligheten och täcker akuta medicinska tillstånd som till exempel cancer inklusive sjukhusvård. Den täcker inte primärvård eller direkt akutvård. I Storbritannien tillämpas inte avdragsrätt för försäkringen och det erbjuds i nuläget få tilläggslösningar.

### Förändring på gång

Storbritannien har, liksom många andra länder, svårt att hantera utmaningen med en åldrande befolkning och ökande vårdkostnader. Både äldreomsorgs- och sjukvårdssystemet har varit föremål för intensiva diskussioner i regeringen och bland övriga aktörer i flera decennier. Förändringar av systemet har skett under åren, exempelvis i form av utvecklade ersättningssystem, kundvalsmodeller och en ökad privat finansiering. För närvarande pågår en omfattande förändring av systemen. Tanken är att de ska bli mer rättvisa, förutsägbara och hållbara. Målet är förbättrade resultat för brukare och patienter. Inrättandet av så kallade Clinical Commissioners är tänkt att bidra till detta genom att

---

vården integreras bättre i hela vård- och omsorgskedjan. Därmed ska avståndet minska mellan sjukvården och den sociala omsorgen.

Den omdiskuterade förändringen innebär stora förändringar av det nationella hälsosystemet och innehåller många olika delar. Det är de mest omfattande förändringar som genomförts sedan NHS infördes år 1948. Många kontroversiella frågor har varit föremål för diskussion. Det gäller främst den ökade decentraliseringen samt större konkurrens genom ökade privata inslag i utförande och finansiering.

En viktig del av förändringen, men något mindre kontroversiell, är att mer fokus läggs på förebyggande folkhälsoarbete och en bättre ”totalkedja” för patienten. Ambition finns att öka individens delaktighet och möjlighet att påverka, vilket bland annat ska ske genom bättre och tydligare information till medborgarna. En central myndighet liknande vårt Folkhälsoinstitut, Public Health, ska få en mer framträdande roll.

Som nämnts förändras utformningen av sjukvårdssystemet genom att makten decentraliseras. Ett mellanled tas bort och ansvaret för utförande och resultat ökar för professionen, dvs. för läkare och sjuksköterskor och andra specialister. I det ingår att de får ett större ansvar för att individen förbättrar sin totala upplevda hälsa. Vården ska innefatta mer än bara en behandling mot ett symptom.

Ökad konkurrens är i sig inte föremål för några stora kontroverser. Det nya systemet är utformat så att det ska underlätta för såväl privata vinstdrivande aktörer som för ideella organisationer att verka. Det är det ökade inslaget av privata aktörer som har bidragit till heta diskussioner. Regeringen har bemött detta genom att försöka se till att det nya systemet där konkurrens har en mer central roll i verksamheterna introduceras på ett tydligt och balanserat sätt.

---

Ett av beslutsunderlagen till förändringen utgjorde den oberoende utredning som presenterades våren 2011 och som innehöll förslag till ett förändrat omsorgssystem, *A fairer care funding*. När det gäller den sociala omsorgen betalar de individer som på grund av funktionshinder eller ålderdom har behov av stöd och omsorg redan idag en del av omsorgen och stödet ur egen ficka. I och med förändringen kommer det att sättas en åldersgräns för när en brukare ska betala något alls (18 år). Egenfinansieringen är inkomstbaserad och den nedre inkomstgränsen kommer att höjas. Samtidigt kommer även den övre gränsen för vad brukaren ska betala att höjas, vilket kan innebära att denne måste sälja sin bostad för att bekosta sin äldreomsorg. De som har sämre ekonomiska förutsättningar kommer med förändringen att få mer av sin omsorg betald, medan de som har goda ekonomiska förutsättningar får betala mer än tidigare.

Liksom för övriga länder i studien väntas en åldrande befolkning och ökade krav på vård och omsorg leda till kraftigt ökade kostnader. Förändringen som helhet väntas ge ett effektivare system och kan därmed motverka en del av kostnadsökningen. Skatterna kommer att behöva höjas men det är oklart hur mycket. Förändringen, som beslutades i slutet av mars 2012 och nu är i kraft, beräknas ha fasats in i sin helhet under 2014.

## **Tyskland**

Sjuk- och sjukvårdsförsäkring är obligatorisk i Tyskland sedan 2009. Den tyska sjukvården är integrerad i två olika försäkringssystem; den lagstadgade offentliga och den privata sjukvårdsförsäkringen. Den lagstadgade försäkringen drivs av mer än 200 konkurrerande så kallade sjukkassor, vilka är icke-statliga lagreglerade organ. Sjukvården utförs genom en blandning av privata och offentliga vårdgivare, med tyngdpunkt på privata.

Skyddet från den lagstadgade försäkringen omfattar till exempel förebyggande hälso- och sjukvård, öppenvård och sjukhusvård, medicintek-

---

niska hjälpmedel och sjukpenning. Det tyska sjukvårdssystemet kännetecknas av samarbete och ansvarsfördelning mellan hälsoministeriet på central och delstatsnivå samt det lagstadgade sjukförsäkringssystemet. Medan den centrala nivån är huvudaktör och ansvarig för genomförande av förändringar för den offentliga försäkringen, är delstaterna ansvariga för planering och finansiering av sjukhusplatser och investeringar i sjukhus, vårdhem och andra institutioner för social omsorg.

### Finansiering

Sjukkassorna finansieras huvudsakligen genom obligatoriska avgifter, som grundas på försäkringstagarens inkomst och omfattar 86 procent av befolkningen. Det finns en riskutjämning mellan kassorna där de med högre kostnader ersätts för detta via ett utjämningssystem. Alla individer tillhör en sjukkassa och denna finansierar både sjukvård och ersättning för inkomstbortfall vid sjukdom. För samma nivå på premien finns det vissa smärre skillnader i förmåner beroende på vilken kassa individen tillhör.

För alla yrkesarbetande som omfattas av det offentliga sjukvårdssystemet betalar arbetsgivaren en avgift på 7,75 procent av bruttolönen in till systemet, samtidigt som den anställde bidrar med samma procent-sats. Det sammanlagda bidraget är således 15,5 procent av bruttolönesumman per månad. Även familjemedlemmar omfattas av skyddet.

Utöver de offentligt försäkrade, får 10 procent av befolkningen sitt skydd genom en privat sjukvårdförsäkring och cirka 4 procent genom annan lösning (t.ex. militära och andra särskilda grupper). De som är försäkrade genom den privata sjukvårdförsäkringen omfattas fullt ut av denna och får då även grundläggande sjukvård samt eventuell sjukpenning enbart via den privata försäkringen. En skillnad i premiesättningen mellan offentlig och privat försäkring är att medan den offentliga avgiften utgår som en fastslagen procentandel av lönen varierar den privata framför allt beroende av den försäkrades ålder.

---

Vilket sjukförsäkringssystem en individ tillhör beror till stor del på inkomsten för den försäkrade. Den lagstadgade sjukförsäkringen är obligatorisk för personer som tjänar upp till cirka 49 500 Euro per år, inklusive anhöriga som också omfattas. För dem som tjänar mer än cirka 49 500 Euro erbjuds möjligheten att i stället köpa privat sjukvårdsförsäkring. Alla medborgare, oavsett inkomst, får köpa tilläggsförsäkring i form av en kompletterande sjukvårdsförsäkring. Omkring 22 miljoner människor (25 procent av befolkningen) har en sådan.

Snedviden konkurrens och överkapacitet

Sedan 2009 erbjuder både lagstadgade sjukkassor och privata försäkringsföretag tilläggsförsäkringar. Dessförinnan var sådana försäkringar reserverade för de privata försäkringsföretagen. Det finns dock ett problem med snedvidande konkurrens inom det nya systemet. De lagstadgade kassorna faller inte under samma stränga övervakning och reglering som de privata och de offentliga sjukkassorna har vissa skatteförmåner.

Kännetecknande för privat sjukförsäkring är att delar av premieintäkterna ska avsättas för framtida utbetalningar, dvs. de privata försäkringsföretagen ska sätta av reserver för en åldrande befolkning. Delar av premieinbetalningarna till försäkringen fonderar därför för kostnader längre fram i tiden då försäkringstagares vårdbehov ökar och kostnaderna överstiger premieinbetalningarna. Det innebär att premierna måste sättas så att de även täcker framtida utbetalningar, vilket inte gäller för de offentliga kassorna som följaktligen kan ta ut en lägre premie allt annat lika. Pågående rättsliga förfaranden kommer att besluta om kompletterande försäkringar via de lagstadgade försäkringskassorna fortfarande kommer att tillåtas.

Tack vare konkurrensen i Tysklands sjukvårdssystem säger sig landet ha ett av de mest hållbara systemen i Europa. Vidare har landet i dag en överkapacitet inom hälsosektorn vilken används för att behandla utländska patienter. En förutsättning för detta är att den inhemska befolkningen inte drabbas. En globalisering av hälso- och sjukvården anses



---

vara en viktig förutsättning för att behålla en hög ställning i hälso-och sjukvårdssektorn.

De totala sjukvårdsutgifterna som andel av BNP är bland de högsta inom EU. En anledning till de höga utgifterna kan vara att planering, resursfördelning och finansiering är åtskilda mellan öppen- respektive slutenvården. Det påverkar effektiviteten i systemet, exempelvis genom att det kräver fler specialister.

### **Nederländerna**

Nederländerna har en lång tradition av privata försäkringar för hälso- och sjukvård samt äldreomsorg. Efter många års diskussioner infördes år 2006 ett nytt sjukvårdssystem. Bakgrunden till förändringen var stigande vårdkostnader och för låg kostnadskontroll samt att det var nödvändigt att säkra sjukvårdens finansiering i ett längre perspektiv. Man ville också komma bort från försäkringssystemets uppdelning i en offentlig del där två tredjedelar av befolkningen infattades, och en privat del för den tredjedel som hade en inkomst överstigande en viss nivå.

I det nya systemet, som utgör mer av en basförsäkring och är enklare i sin konstruktion, spelar privata försäkringsföretag en avgörande roll. Systemet ger ett allomfattande försäkringsskydd oavsett hälsotillstånd och ekonomiska förutsättningar, och det finns en valfrihet mellan konkurrerande privata försäkringsföretag respektive vårdproducenter. Staten är inte alls inblandad i beslut av vård- och omsorgsutförandet, utan har en mer reglerande och kontrollerande roll över tillgången till sjukvård och dess kvalitet och kostnader. När det gäller vårdgivare så finns det fler privata utförare än offentliga.

Grundförsäkringen innefattar primärvård och sjukhusvård. Alla medborgare måste ha en privat sjukvårdförsäkring. Därutöver kan försäkringsföretagen obegränsat erbjuda tilläggsförsäkringar. Fler än 90 procent av medborgarna har någon form av tilläggsförsäkring som kompletterar utbudet i grundförsäkringen. En sådan försäkring ger ersättning för till

---

exempel tandvård för vuxna, plastikoperationer, glasögon, bättre standard på sjukhusrummet eller val av mer erfaren läkare.

### Finansiering

Sjukvården är till största delen offentligfinansierad med obligatoriska försäkringar som tillhandahålls av privata försäkringsföretag i konkurrens. Försäkringsföretagen ansvarar enligt lag för att individens vårdbehov tillgodoses. Premien för den obligatoriska grundförsäkringen påverkas inte av försäkringstagarens ålder, inkomst, kön eller sjukdomsrisk. Ingen får nekas försäkring. Premien kan variera något mellan försäkringsföretagen på grund av skillnader i innehåll. Försäkringsföretagen får till exempel konkurrera om vissa delar i villkoren där avvikelserna mellan försäkringsföretag får uppgå till högst 10 procent; former för ersättning (direktersättning eller ersättning i efterhand), behandlingsmetoder samt tilläggstjänster. Försäkringstagaren har möjlighet att byta försäkringsföretag en gång om året.

Medborgarna betalar, utöver försäkringsavgiften som är densamma för alla, en inkomstbaserad premie. Staten går in och täcker delar av premien för individer med låga inkomster. Det finansieras via skattesystemet. De försäkringsföretag som har ett större antal försäkringstagare som är äldre eller som i övrigt är mer utsatta för hälsorisker än genomsnittet får kompensation genom ett utjämningsystem för att kunna hålla nere premien. Det holländska sjukvårdssystemet ger, trots att de har en modell med privata försäkringsföretag, garantier som liknar det offentliga i form av risk- och inkomstfördelning, vård tillgänglig för alla samt möjligheten att bekosta sin vård både med en premie som är i stort sett lika för alla och med en del som är inkomstrelaterad.

Alla inkomster som är avsedda för sjukvårdsförsäkringen går in i en central fond, vilken fördelar ut pengarna till försäkringsföretagen enligt en riskutjämningsprofil. Detta så kallade riskutjämningsystem står för 60 procent av de totala vårdutgifterna.

---

## Konkurrens och kostnadskontroll

Syftet med det nya systemet var att öka konkurrensen och sänka de hälso- och sjukvårdsrelaterade kostnaderna genom effektivisering och samtidigt få ett mer patientorienterat system. I och med införandet skedde en konsolidering av branschen. I dag står fyra, alla icke vinstdrivande, försäkringsföretag för 90 procent av marknaden. Systemet anses, trots konsolideringen av branschen, ha lett till ökad konkurrens. Försäkringsgivarna erbjuder god kvalitet och strävar efter att hålla premierna nere, vilket har förbättrat kostnadskontrollen.

När det gäller riskutjämningsystemet upplever försäkringsföretagen att det är komplicerat, och regeringen vill avskaffa det. Utjämnningen ökar dock incitamenten hos försäkringsföretag att erbjuda försäkring till alla kundgrupper, oavsett om de har hälso- eller funktionsproblem eller inte, eftersom de blir kompenserade om de har en större andel försäkrade vars hälsorisk är förhöjd.

## **Belgien**

Det belgiska sjukvårdssystemet får högt betyg i kundnöjdhetsundersökningar för valfrihet och hög tillgänglighet. Liksom i Tyskland är systemet baserat på ett obligatoriskt offentligt socialförsäkringssystem. Alla är med i en sjukkasse och det offentliga skyddet täcker en bred basnivå som kompletteras med privata försäkringar för vård därutöver. De flesta har en sådan kompletterande privat sjukvårdsförsäkring och andelen har ökat det senaste decenniet.

Staten ansvarar för reglering och finansiering. På regional nivå ansvarar försäkringsföretag för att individens vårdbehov tillgodoses genom den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen. Patienterna väljer själv sjukkasse, allmänläkare, specialistläkare och sjukhus, och läkare har etableringsfrihet. Kassor och sjukhus drivs i antingen offentligt, ideell eller privat regi. Andelen privata vårdgivare är hög.

---

## Finansiering

Sjukvårdssystemet finansieras via arbetsgivaravgifter eller så kallade socialförsäkringsbidrag (57 procent), skatter (37 procent) samt individens vårdavgifter eller tilläggsförsäkringsavgifter (6 procent). För den öppna vården betalar patienten först själv hela kostnaden till vårdgivaren (så kallad egenfinansiering) för att sedan i efterhand ersättas av sin sjukförsäkring. Egenfinansieringen uppgår i denna del till cirka 25 procent. Totalt uppgår egenfinansieringen för sjukvården till drygt 19 procent.

## Frankrike

I Frankrike utövar staten en stark styrning av sjukvården. Sjukvårdssystemet är komplicerat både avseende struktur och finansiering. Staten ansvarar för sjukhus och mediciner. Sjukhusvården utförs vid akutfall främst i offentlig regi och vid kirurgiska dagingrepp främst av privata vinstdrivande sjukhus. Långtidssjukvård inklusive viss cancervård och vård i livets slutskede utförs ofta med hemsjukvård men med icke-vinstdrivande sjukhus som stöd. Sjukvården planeras på regionnivå. Det finns 22 regioner och 96 departement motsvarande Sveriges län/landsting. Primärvård och specialistsjukvård som inte kräver sjukhusvård utförs till övervägande delen av privatpraktiserande läkare i avtal med de centrala beslutsfattarna.

## Finansiering

Sjukvården är till övervägande delen offentligfinansierad och kanaliseras via flera parallella system: dels från tre nationella sjukförsäkringar, dels från statsbidrag. Det är obligatoriskt att betala in till kassorna, vilka sedan betalar för vård som inte är sjukhusvård eller medicin. Denna finansiering sker direkt från staten. Kassorna administrerar också utbetalning av sjukpenning, pensioner, livförsäkringar etc.

Finansieringen av sjukvården utgörs till cirka 90 procent av direkt inkomstkatt och socialavgifter samt punktskatter. Resterande del betalar individen själv genom patientavgifter. Individer får själva betala hela kostnaden för behandlingar och ersätts sedan i efterhand för i genomsnitt

---

75 procent. De flesta individer har därför en privat eller kollektiv-avtalad försäkring, vilken täcker cirka hälften av återstoden. Kvar blir cirka 12 procent att betala ur egen ficka. Sjukhusvård och medicin behöver patienten dock generellt inte betala för. Totalt sett är egenfinansieringen låg i Frankrike.

Nästan alla har en privat sjukvårdsförsäkring. Sjukvården produceras främst i privat regi. Fritt vårdval gäller men ansvaret för finansieringen sköts centralt och inte på lokal nivå. Detta har det lett till ett lågt kostnadsmedvetande i systemet och det försvårar kostnadskontrollen. Den oklara ansvarsfördelningen mellan stat-sjuk-kassor- och även regioner gör att de frivilliga privata sjukvårdsförsäkringarna spelar en stor roll. Försäkringen utgör ett komplement till finansieringen och kan t.ex. garantera skydd vid tilläggskostnader för medicin eller för att erbjuda alternativa vårdbehandlingar eller vårdgivare. Cirka 96 procent av befolkningen har en kompletterande privat sjukvårdsförsäkring, vilket är en ökning jämfört med år 2000.

## **Schweiz**

Hälsa- och sjukvården i Schweiz är till stor del patientstyrd. Sjukvårdsförsäkring är obligatoriskt för alla bosatta i Schweiz och premien betalas individuellt direkt till något av de över 100 försäkringsföretagen. Försäkringspremier finansierar tillsammans med patientavgifter nästan hela sjukvården. Egenfinansieringen för sjukvård är bland den högsta av länderna i vår studie, även om den minskat jämfört med 2000.

Den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen utgör en form av basförsäkring. Premien är i stort sett lika för alla med undantag för viss åldersdifferentiering samt geografisk variation. Alla försäkringar administreras genom privata försäkringsföretag, som måste tillhandahålla den obligatoriska försäkringen som en del av sitt utbud. Alla försäkringsföretag inom den obligatoriska basförsäkringen är icke vinstutdelande. Därutöver är det frivilligt för medborgarna att teckna tilläggsförsäkringar, vilket cirka 40 procent gjort. Individen kan välja att betala en högre premie mot ett hö-

---

gre skydd. Det går till exempel att betala extra för att säkras sjukhusvård på mindre sal, mer erfaren läkare, viss kosmetisk operation vid behov med mera. En gång per år kan försäkringstagaren ändra vad tilläggförsäkringen ska innefatta.

Stat och delstater (26 så kallade kantoner) subventionerar vården för låginkomsttagare genom bidrag. Andelen offentligfinansierad vård är dock bland de lägsta i Europa, samtidigt som de totala vårdutgifterna är bland de högsta. De försäkringsföretag som har mer vårdkrävande individer bland sina försäkringstagare får bidrag för att kunna hålla nere premien. Patienten har själv stort inflytande över sin hälso- och sjukvård och patientnöjdheten är hög. Landet brukar få mycket bra resultat i internationella undersökningar om medborgarnas syn på det egna landets sjukvård.

## **Spanien**

Spanien har sedan 1986 en hälso- och sjukvårdspolitik som garanterar vård till alla. I samband med den nya politiken påbörjades en gradvis decentralisering för att öka kontrollen av de ökande sjukvårdsutgifterna bland annat genom effektivisering. År 2002 fick de 17 regionerna ansvaret för planering av primärvård och sjukhusvård och till viss del för finansieringen (beskattningsrätt). Det innebär att varje region har ett högteknologiskt utrustat sjukhus med egen administration. Staten har ett övergripande samordningsansvar för vissa områden inom hälso- och sjukvården på strategisk nivå. När det gäller utförandet av vården finns det fler offentliga än privata vårdgivare.

### Finansiering

Sjukvården är till största delen skattefinansierad. Egenfinansieringen för sjukvård uppgår till cirka 20 procent av totalkostnaden. För medicin, medicinska hjälpmedel och proteser är den cirka 40 procent och med ett tak. Medborgarna betalar bland annat tandvård och optiker själva. Liksom flera andra av de europeiska länderna planerar Spanien att införa sparkrav till följd av den ekonomiska krisen varmed egenfinansieringen kommer att höjas. Höjningen berör åtminstone läkemedelskostnader och följer av brukarens inkomst.

---

Cirka 13 procent av befolkningen har en privat sjukvårdförsäkring och skatteavdrag ges vid tecknande av en sådan. Liksom i Tyskland är det främst personer som av en eller annan anledning inte täcks av den offentliga försäkringen som har en privat försäkring. Den fungerar således som ett substitut till offentlig försäkring för dem. Försäkringen finansierar cirka 6 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård.

### **Grekland**

Det offentliga sjukvårdssystemet har som mål att garantera generell och kostnadsfri tillgång till sjukvård. Det finns dock ett utbrett missnöje med det grekiska sjukvårdssystemet bland befolkningen, främst avseende primärvården. Organisationen av det offentliga sjukvårdssystemet är splittrad med flera departement inblandade i styrningen och krångliga processer, vilket gör systemet ineffektivt och skapar inte heller incitament hos aktörerna att arbeta effektivt.

Tillgången till vård är inte lika för alla. Vissa patienter får behandling och andra inte trots samma vårdbehov, och väntetiden för offentlig vård är ofta lång. Det finns även brister när det gäller rehabiliteringen. I princip anses patienten vara färdigbehandlad när denne skrivs ut från sjukhuset. Den ekonomiska krisen i landet har försämrat tillgången till offentligfinansierad vård ytterligare genom nedskärningar i sjukvårdsutgifterna.<sup>5</sup>

Grekland tillhör enligt statistiken förvisso de länder som har lägst sjukvårdskostnader per capita. Denna statistik inkluderar dock inte de omfattande, icke formaliserade, privata betalningar som faktiskt görs. Denna egenfinansiering utgör med andra ord inte en patientavgift eller medfinansiering, utan snarare en underhandsbetalning utanför systemet för att man ska få tillgång till vård snabbare eller över huvud taget. Internationella jämförelser försvåras ytterligare av att Grekland som ett av få länder inte anammade OECD:s hälsoränskap. Den stora utbredningen av informella betalningar för sjukvård är en orsak till att Grekland hamnar på en mycket hög andel egenfinansiering, se diagram 3.

<sup>5</sup> OECD; Health at a Glance, Europe 2012.

---

Det grekiska ministeriet för hälso- och sjukvård (NHS) driver de statliga sjukhusen och vårdcentralerna och står med andra ord för större delen av vården. För att få vård vid en statlig mottagning eller på ett sjukhus måste man ha en remiss från en allmänläkare. Kontaktar patienten en privat specialist går det bra att göra det direkt, utan remiss. I akuta fall finns en möjlighet för patienten att träffa en privat specialist och i efterskott få ersättning upp till 85 procent från det statliga sjukförsäkrings-systemet IKA.

Grekiska NHS har i övrigt likheter med systemet i Storbritannien, samtidigt som det i Grekland finns inslag av statliga försäkringskassor (liknande de i Tyskland och Frankrike) och som är finansierade från sociala avgifter i första hand. Det finns ett 30-tal kassor och man måste vara ansluten till någon av dessa. De fyra största kassorna täcker 95 procent av marknaden. Trots att det finns flera olika kassor har det inte, till skillnad från i andra länder, stimulerat konkurrensen. Vidare försvårar avsaknaden av enhetliga rammar för systemet och den stora volymen informella betalningar styrningen av systemet. Inte heller resursfördelningen blir effektiv.

### Finansiering

Det offentliga systemet IKA finansieras genom skatteintäkter och sociala avgifter i form av arbetsgivaravgifter på grund av strikt reglering från det statliga NHS. De styr också över prissättning och patientavgifter. Det är svag konkurrens och få alternativa vårdgivare att välja mellan inom NHS. Allt utöver detta drivs i privat regi och betalas av privata försäkringar eller av patienten själv.

Cirka 70 procent av befolkningen har en statlig sjukvårdsförsäkring som täcker primärvård. Det innebär primärvård kostnadsfritt eller till en låg kostnad. Även nödvändig tand- och ögonvård är kostnadsfri. Patientavgifterna är låga eller obefintliga men i verkligheten drabbas många patienter av andra vårdutgifter än för primärvård om inte exempelvis familjen kan ställa upp och vårda denne.



---

Egenfinansieringen är olika beroende på vad som ska bekostas inom vården, men totalt ligger den på omkring 40 procent. Röntgenkostnaden till exempel, som är dyr, får patienten själv stå för utom i vissa fall. Extrakostnader för hemtjänst såsom nattvak kan ersättas av IKA till 85 procent mot uppvisande av kvitto. Mediciner subventioneras i allmänhet till 75 procent av staten och brukaren betalar cirka 25 procent. Övriga kringkostnader som blöjor, ”icke nödvändig medicin” m.m. bekostas av patienten. Akutvård är kostnadsfri för alla.

Idag har cirka 10 procent av befolkningen en kompletterande privat sjukvårdsförsäkring och den står för 8 procent av de totala sjukvårdsutgifterna. Den ger tillgång till den privata vården med tillhörande sjukhus och kliniker. Väntetid för besök och behandling är då kortare än för den offentliga vården och patienten har möjlighet att själv välja läkare.

## **Kanada**

Sjukvårdssystemet i Kanada påminner i många avseenden om de nordiska systemen och erbjuder allomfattande skydd för hälso- och sjukvård som är medicinskt nödvändig. Regeringen samverkar med 10 provinser och 3 territorier inom hälso- och sjukvård, personalplanering och införande av ny teknologi. Provinserna ansvarar för sjukvården medan staten har en mer styrande roll genom att den bidrar till finansieringen. Cirka 75 procent av vården utförs i privat regi, främst av privata icke vinstdrivande sjukhus<sup>6</sup>.

### Finansiering

Sjukvården finansieras till 70 procent av staten genom skatter och i övrigt genom privat finansiering. Liksom i Sverige utgår en form av riktat statsbidrag till alla provinser som lever upp till tillgänglighetsgarantierna inom vården. Även Kanada har problem med tillgängligheten och den framtida finansieringen. Allt färre tjänster finansieras av det offentliga. De måste i stället betalas av individen själv eller genom privata tilläggförsäkringar.

<sup>6</sup> Canadian Medical Association.

---

Till skillnad från de nordiska länderna har de flesta yrkesverksamma i Kanada en privat sjukvårdsförsäkring. Den tecknas i regel genom arbetsgivaren men även individuellt tecknade försäkringar förekommer. Försäkringen kompletterar det offentliga utbudet med bland annat tandvård, optiker och receptfria mediciner.

## **USA**

USA skiljer sig från övriga länder med ett annorlunda utformat sjukvårdssystem. Sjukvården är helt privatiserad och bygger på privata sjukvårdsförsäkringar. USA är det enda rika industriland som inte erbjuder allmän sjukvård. Den privata sjukvårdsförsäkringen är inte obligatorisk. Vanligtvis betalas den av arbetsgivaren och den som har försäkring får god vård. Har du ingen sjukvårdsförsäkring kan vården helt utebli. Omkring 15 procent har ingen sådan och för att få vård måste man då antingen betala den ur egen ficka eller söka akutvård. Ingen människa nekas akutsjukvård. De totala sjukvårdsutgifterna utgör drygt 17 procent av BNP, vilket är betydligt högre än i övriga länder där genomsnittet är 9-10 procent av BNP. Till 46 procent finansieras sjukvården genom staten via Medicare eller Medicaid och utöver detta är sjukvården privatfinansierad.

Drygt 55 procent av medborgarna har tillgång till sjukvårdsförsäkring via arbetsgivaren. Denna förmån har gett upphov till begreppet ”jobbinläsning” som innebär att anställda drar sig för att säga upp sig/byta jobb i rädsla för att förlora den så viktiga sjukvårdsförsäkringen. Omfattningen och avgifterna för försäkringen varierar kraftigt.

För personer som är minst 65 år eller handikappade kan det offentliga programmet Medicare hjälpa till med finansieringen av sjukvården. För dem som saknar eller har ytterst låg inkomst finns Medicaid som är en form av statlig sjukvårdsförsäkring som täcker medicin och viss sjukvård. Cirka 40 procent av utgifterna för medicin och äldreomsorg finansieras genom Medicaid. Egenfinansieringen för sjukvård uppgår till cirka 12 procent.

---

President Barack Obama undertecknade den 23 mars 2010 den federala lagen *Patient Protection and Affordable Care Act*, även kallad Obamacare, som införs successivt fram till 2014. Lagen ska ge allmän vård till alla och minska de höga hälso- och sjukvårdskostnaderna i landet. Enligt denna lag måste alla teckna en sjukvårdsförsäkring. Den som inte har de ekonomiska resurserna kan få sin försäkring betald av staten.

En förbättring som förändringen leder till är att försäkringsföretagen inte längre kan neka skydd för redan sjuka. Dessutom kommer unga människor nu att omfattas av sina föräldrars försäkring tills de är 26 år. Syftet med lagen är att alla amerikanska medborgare ska få rätt till hälso- och sjukvård genom sjukvårdsförsäkringar. Förändringarna fasas in successivt och de flesta delarna i lagen ska vara ikraft i januari 2014. Förändringskritiker påpekar att, så länge Medicaid och Medicare fortsätter att vara underfinansierade sjukvårdsprogram, kommer inte den nya lagen att minska vårdkostnaderna. Risken är också att kostnaderna för Medicare skenar när befolkningen blir allt äldre. De privata försäkringsföretagen konkurrerar om sina kunder. Men det finns inga tydliga incitament för försäkringsföretaget att hålla nere vårdkonsumtionen eftersom de ersätts för all sjukvård för patienten.

## **Japan**

### Finansiering

Hälso- och sjukvårdssystemet i Japan utgår från en obligatorisk sjukförsäkring. Försäkringen finansieras av inkomstbaserade premier och statliga bidrag, vilka varierar beroende på om sjukvårdsförsäkringen tecknats genom staten eller via de privata försäkringssällskapen. I den statliga försäkringen delas premien mellan arbetstagare och arbetsgivare.

Premien för sjukvårdsförsäkring i Japan varierar bland annat beroende på inkomst och antal medlemmar i familjen. Den som har låg inkomst kan ansöka om reduktion av premien. Den högsta reduktionen är 60 procent. Egenfinansieringen är cirka 14 procent.

---

Hur stor del av sjukvårdskostnaden som försäkringen täcker beror på ålder och vilken typ av vård eller behandling patienten får. Omkring 70 procent av kostnaden för sjukvård täcks (85 procent vid sjukhusvistelse). Hälsoundersökningar, vaccination, sjukhusmåltider, kosmetisk kirurgi, skador som individen orsakat själv och behandlingar utanför Japan med mera täcks inte. Individen får kvitto på den kostnad försäkringen inte täcker. Om den överstiger en viss nivå, återbetalas överstigande belopp. Normalt måste individen betala sjukvårdskostnaden ur egen ficka direkt till vårdinrättning för att sedan återkräva den från försäkringsföretaget. En avgiftsplan fastställs av hälsodepartementet som är lika för alla.

#### Risk för rusande kostnader

Japan anses ha en mycket god sjukvård, men brottas med stora demografiska utmaningar. Redan i dag är omkring 23 procent av befolkningen över 65 år och de tar cirka 50 procent av sjukvårdskostnaderna i anspråk. I nuläget är Japans sjukvårdskostnader som andel av BNP något lägre än genomsnittet - men om inget görs riskerar kostnaderna på sikt att öka till närmare 20 procent av BNP. Landet står inför utmaningen att minska denna kostnadsandel. Intressanta områden för effektivisering sägs vara läkemedelsanvändning, vård i hemmet med lösningar för kroniskt sjuka och förebyggande insatser, telemedicin, lösningar på rehabiliteringsområdet till exempel för strokepatienter eller hjärtsjuka samt inom demensvården.

Vårdproduktionen sker till mer än 50 procent i privat regi och drivs i icke-vinstsyfte. Kvaliteten i sjukvården är god, då utförarna konkurrerar om patienterna. Den prisreglerade marknaden riskerar dock att på sikt sätta spår då den gör att läkemedelsföretag saknar incitament till att utveckla nya läkemedel. Japan har också stora problem med överutnyttjande av sjukvård, främst vad gäller långa sjukhusvistelser för omvårdnad. Här ses inrättandet av fler äldreboenden som en lösning på det specifika problemet. Däremot är väntetiderna i Japan korta. Transparensen är dock låg, vilket försvårar kontroll av kvalitet och produktivitet i systemet.

---

## Singapore

Singapore är ett örike med knappt 4 miljoner invånare. Sjukvårdssystemet är regionalt samordnat och koordinerar all vård och omsorg för hela öriket. Välfärdssystemet kännetecknas både av ett stort individuellt ansvar och av att alla ska ha råd med sjukvård. Med systemet fokuserar man särskilt på äldre medborgare med flera kroniska sjukdomar. Hälsodepartementet inrättade 2009 en särskild myndighet som arbetar med integrerad vård (MIV). Myndigheten kommer att ha ett stort ansvar framöver med tanke på att dagens 9 procent invånare över 65 år väntas växa till en femtedel av befolkningen år 2030. Myndigheten har som uppgift att ta hand om kostnaderna och kvalitetsriskerna som följer av en snabbt åldrande befolkning.

Samordningen av primärvård, specialistvård, hemsjukvård och sjukhem sker via sex regionala kluster. Målet är att patienter enkelt ska kunna röra sig mellan olika vårdgivare. Till hjälp för samordningen finns ett nationellt dokumentationssystem, NEHR (National Electronic Health Records), som är gemensamt för alla sjukvårdgivare i landet och som gör det lättare att röra sig mellan olika vårdnivåer. Andelen privat vård uppgår till 80 procent.

Genom preventiv vård och genom att patienten smidigt slussas ut från akutsjukhus och vidare till vårdavdelning vill man kunna kombinera en patientcentrerad vård med långsiktig ekonomisk hållbarhet. Det bedrivs i landet flera pilotprojekt för modern teknologi, så kallad telehealth, för att integrera vård på olika nivåer. Ett exempel är att sjukhus och sjukhem knutits samman genom videokonferenser så att brukaren i större utsträckning slipper besöka sjukhuset.

### Finansiering

Sjukvården i Singapore finansieras till 40 procent genom skatter och till 60 procent av patientavgifter. Skattefinansieringen går i första hand till akutvård och specialistvård. Primärvården utförs till största delen i privat regi. Patientavgifterna till de privata vårdgivarna subventioneras för vissa prioriterade grupper, såsom individer med kroniska sjukdomar.

---

Patientavgifterna betalas i huvudsak genom MediSave, obligatoriska vårdsparkonton. Medlen på vårdsparkontot används i första hand för att täcka hälso- och sjukvårdsrelaterade kostnader för individen själv eller för familjemedlemmar och det finns ett högkostnadsskydd. Avgiften är baserad på inkomst och ålder och uppgår till 7–9,5 procent av individens månadsinkomst. Vårdsparkontot kombineras med statliga eller privata sjukvårdsförsäkringar och eventuellt också medel från en sjukvårdsfond. Även i Singapore kan personer, som saknar ekonomiska förutsättningar att betala för sin sjukvård, få hjälp genom statliga bidrag.

Medlen på vårdsparkontot kan också användas till premien för sjukvårdsförsäkringen (Medishield). Denna försäkring täcker kostnader för sjukvård vid allvarlig och långvarig sjukdom upp till 85 års ålder. Försäkringspremier står för cirka 13 procent av patientavgifterna. Premien i sig är relativt låg men till detta får patienten även betala självriskkostnader och medfinansiering. Självriskan kan liknas vid individers medfinansiering av vård och uppgår till 5 000–7 500 kronor per år. Individen står normalt för 10–20 procent av vårdkostnaden själv. Detta avgiftsbaserade system sägs ha bidragit till ett effektivt vårdsystem, där risken för överkonsumtion har reducerats. Lösningen har gett individen mer valfrihet och ansvar.

## Försäkringsinslag i äldreomsorgen

Både utformning och finansiering av äldreomsorgen skiljer sig mellan länderna, vilket försvårar internationella jämförelser. Utbredningen av privata försäkringsinslag är generellt liten när det gäller äldrevård och äldreomsorg. I de länder som har äldreomsorgsförsäkringar fungerar de i de flesta fall huvudsakligen som ett komplement till finansieringen av äldreomsorgen.

En förklaring till att försäkringslösningar har liten utbredning på äldreomsorgsområdet är att anhörigvården fortfarande är utbredd i många

---

länder. I Norden samt Nederländerna och Belgien har av tradition anhängivården en liten utbredning relativt övriga länder som Tyskland, Frankrike, Storbritannien, Spanien, Grekland, Japan och Singapore där familjen utgör basen för omsorgen. Den väntas dock minska i takt med att familjestrukturerna förändras och genom att kvinnorna förvärvsarbetar i allt högre utsträckning. Norden utmärker sig, som tidigare nämnts, med ett omfattande offentligt skydd när det gäller sjukvård och äldreomsorg.

Vilken vård och omsorg vi kan förvänta oss när vi blir gamla är behäftat med stor osäkerhet. Det beror dels på avsaknad av information om framtida händelser, dels på att det saknas ett samlat tänk från samhällets olika aktörer i denna fråga. Inte heller dagens åtagande på vård- och omsorgsområdet är tydligt. Som äldre är det därför många gånger oklart hur, när och i vilken omfattning man faktiskt kommer att få stöd från det offentliga när behov av äldrevård och omsorg uppstår. Till detta kommer även de utmaningar med ökade vård- och omsorgsbehov som en åldrande befolkning medför.

Ett otydligt åtagande från det offentliga gör det svårt att utläsa individers behov av kompletterande eller alternativa lösningar. Enskilda vet i många fall inte vad de kan och bör efterfråga. Generellt underskattar människor sannolikheten för att de på äldre dagar kommer att behöva äldreomsorg. Det förefaller också som om att många utgår ifrån att deras äldreomsorgsbehov kommer att tillgodoses från det offentliga och bekymrar sig därför inte förrän behov uppstår. Efterfrågan på äldreomsorgsförsäkringar har hittills inte varit särskilt stor generellt sett. Den svaga efterfrågan beror sannolikt också på att det saknas ett utbud av tjänster inom detta område.

Det finns en viss utbredning av äldreomsorgsförsäkring i Tyskland, Nederländerna, Belgien, Spanien, Frankrike, Schweiz, Kanada, USA, Japan, Singapore och i viss mån Storbritannien.

---

För att kunna ta fram effektiva och långsiktigt hållbara försäkringslösningar på äldreomsorgsområdet krävs en tydlig bild över hur behoven ser ut och kommer att se ut i ett längre perspektiv. För att kunna göra korrekta riskbedömningar måste det vara tydligt vilken risk det är som försäkringen avser att täcka. Som exempel måste i Sverige den offentliga sektorns ansvar bli tydligare. Ett sådant tydliggörande är också viktigt för att individen ska veta vad den själv väntas ta ansvar för i framtiden. Försäkringsföretagen måste, utöver att definiera risken för försäkringsåtagandet också bedöma ”risken för långt liv” samt osäkerhet om framtida kostnader på området som följer av den medicintekniska utvecklingen.

Försäkringsinslag i äldreomsorgen – land för land

Ansvaret för **svensk** äldreomsorg flyttades genom den så kallade Ädelreformen 1992 över från landstingen till kommunerna. Allt fler personer tog del av hemtjänst i stället för äldreboenden, vilket minskade kostnaderna för äldreomsorgen. I ett internationellt perspektiv är den svenska offentligt finansierade äldreomsorgen fortfarande omfattande. I och med att antalet personer i äldreboende minskade har sannolikt kraven på anhörigas insatser ökat. Anhörigvården är betydande i Sverige, även om omfattningen är betydligt större i en del andra länder. Att anhörigvården är så utbredd i till exempel ett antal sydeuropeiska länder hänger givetvis ihop med tradition och hur de löst äldreomsorgen i övrigt.

I regeringens arbete med att öka den enskildes delaktighet infördes lagen om valfrihetssystem (LOV) 2009. Den innebär bland annat att en person som har beviljats hemtjänst har rätt att själv få välja vem som ska utföra tjänsterna. Danmark införde ett dylikt system för kundval redan 2003. Finland och Norge införde sina kundvalssystem 2004 respektive 2006.

Finansieringen av äldreomsorgen i Sverige sker i huvudsak genom kommunalskatt och statsbidrag. De 290 kommunerna är både vårdgivare och finansiärer. Kommunerna har i olika utsträckning valt att utföra tjänsterna själva inom kommunala bolag alternativt så köper de in tjänsterna



---

från privata utförare. Kommunerna står också för en del av den sjukvård som bedrivs inom äldreomsorgen. Respektive kommun ansvarar för omsorg och viss hälso- och sjukvård för äldre som bor i särskilt boende. Egenfinansieringen är låg (3-4 procent). Det finns i dagsläget ingen försäkringslösning att tillgå på äldreomsorgsområdet.

**Danmark** har ett äldreomsorgssystem som är heltäckande och det är staten som bestämmer övergripande riktlinjer. Alla har rätt till äldreomsorg genom det offentliga systemet. Ett av målen är att individen i största möjliga mån ska kunna bo kvar i sitt hem, i annat fall erbjuds äldreboende. Sedan 2003 tillåts privata vårdgivare under förutsättning att de klarar kommunens kvalitetskrav, och i vissa fall prissättningskrav. Vårdtagaren får välja vårdgivare och typ av boende.

Kommunerna är ansvariga vårdgivare och finansierar äldreomsorgen liksom i Sverige genom statsbidrag, kommunala skatter samt ett utjämningsystem. Fri prissättning för respektive kommun gäller för viss hemhjälp och annan icke hälsorelaterad service. Egenfinansieringen utgör cirka 10 procent av de totala äldreomsorgskostnaderna men kommunerna försöker öka andelen ytterligare.

I **Finland** ligger ansvaret för äldreomsorgen på hälsocentralen i anslutning till kommunerna. Staten har en tillsynsroll och ger bland annat övergripande riktlinjer för äldreomsorgen. Äldreomsorgen styrs av Finlands grundlag, och gäller därmed alla kommuner. Under 2009 infördes den så kallade servicesedeln. Det innebär att de som beviljats äldreomsorg i vissa kommuner har möjlighet att plocka ut en servicesedel, vars värde kan användas till att välja en godkänd privat utförare av tjänsten. Finansieringen är i huvudsak offentlig genom kommunala skatter (60 procent) och statsbidrag (31 procent). Egenfinansieringen uppgår till 9 procent. Det finns kommunägda och privata aktörer, även om de privata är få. Just nu pågår en politisk diskussion om kommunstrukturen i landet. Det finns planer på att minska antalet kommuner genom att slå ihop en del av dem.

---

I **Norge** ansvarar de många kommunerna för omsorg och sjukvård till de äldre. Landet har, liksom övriga nordiska grannländer, en till stor del offentligfinansierad äldreomsorg. Statsbidrag finansierar omkring en tredjedel och resterande del finansieras huvudsakligen genom skatter. Även Norge har en form av utjämningsystem där kommuner med små skatteintäkter får relativt högre bidrag.

I **Storbritannien** delas ansvaret för äldreomsorgen mellan NHS och kommunerna. Äldreomsorgen drivs till övervägande delen i privat regi och finansieras genom skatter och i viss mån avgifter.

Det erbjöds från mitten av 1990-talet privat äldreomsorgsförsäkring till befolkningen, men det var otydligt vad försäkringen omfattade. Ett problem med försäkringen var att det fanns svårigheter med att utläsa på vilken nivå individens ansvar skulle ligga för att möta samhällets ökande kostnader för äldreomsorg. Efterfrågan på produkten var låg och det otydliga innehållet i produkten var en delorsak till detta. Produkten togs senare bort. Det finns en form av frivillig privat äldreomsorgsförsäkring i dag som ger ett skydd för höga kostnader om behov av äldreomsorg uppstår. Den är således en försäkring mot alltför höga utgifter inom äldrevård- och omsorg än för själva vården och omsorgen (immediate needs annuities).

Den oberoende kommission som inför nuvarande förändring har arbetat fram rapporten för finansiering av omsorg och stöd anser att det är möjligt att ta fram en ny äldreomsorgsförsäkring som är gångbar under förutsättning att det blir tillräckligt tydligt vad äldreomsorg kostar för en individ och hur mycket brukaren ska betala för att tryggas god äldreomsorg. Med andra ord krävs, för att en liknande försäkring ska kunna introduceras på nytt, att det offentliga åtagandet blir tydligare. Det måste gå att beräkna vilka risker som försäkringen ska omfatta för att bestämma premie och kunna erbjuda försäkringen.

---

Även systemet för den sociala omsorgen om äldre är således under förändring, se studien om Storbritannien i föregående avsnitt<sup>7</sup>.

Sedan 1995 faller äldreomsorgen i **Tyskland** under ett separat omvårdnadsförsäkringssystem<sup>8</sup>. Både anställda och arbetsgivare betalar in till systemet. Försäkringen finansierar sedan en andel av äldreomsorgen och resterande betalar brukaren själv. Äldreomsorgsförsäkringen är obligatorisk och 90 procent av befolkningen är anslutna till en offentlig äldreomsorgskassa (som en socialförsäkring) och resten är anslutna till en privat försäkring via ett privat försäkringsföretag. Med anledning av de demografiska förändringarna, trädde en lag om kompletterande äldreomsorgsförsäkring i kraft den 1 januari 2013. Lagen innebär att varje medborgare får 5 Euro per månad i statligt stöd för en privat kompletterande äldreomsorgsförsäkring om premien är minst 10 Euro därtöver. Individerna är berättigade till detta stöd oavsett vilket försäkringssystem som denne omfattas av (det lagstadgade offentliga eller det privata).

I Tyskland utgör fortfarande anhörigvården en stor del av vården och omsorgen av äldre. De närstående kan få olika förmåner för att kunna sköta anhörigvården och andra uppgifter hos den anhörige liknande hemtjänstens.

**Nederländerna** var det första landet inom OECD som införde obligatorisk försäkring för äldreomsorg och är sedan 1994 ett av få länder som tillämpar individuell vårdbudget. Äldreomsorgsförsäkringen är kopplad till grundförsäkringen för sjukvård och är offentligfinansierad genom socialavgifter. En av landets stora utmaningar är för närvarande de ökande äldreomsorgskostnaderna. Landet har högst äldreomsorgskostnader inom OECD med 3,6 procent av BNP. Diskussioner förs också kring hur hög en maximal egenfinansiering ska vara. Idag är den relativt låg och baseras inte på förmögenhet utan är enbart inkomstbaserad. Det finns två ”läger”: de som vill ha låg respektive de som vill ha hög egenfinansiering.

<sup>7</sup> The Social Care Act.

<sup>8</sup> International Association for Research and Teaching (ECORE); The Economics of Long-Term Care: A Survey (2012).

---

Äldreomsorgen i **Belgien** är utformad kring en offentlig försäkring som är obligatorisk och skattefinansierad. För hemtjänst utgår även en avgift. För att undvika för höga avgifter för den enskilde, finns både maxavgifter och särskilda bidrag till pensionärer med låga inkomster. Brukaren kan komplettera det offentliga basutbudet med tillägg genom privata försäkringar men inom ramen för det offentliga äldreomsorgssystemet. Omkring 10 procent av äldreomsorgskostnaderna betalas via privata försäkringar. Det finns som sagt ingen egen privat marknad för äldreomsorgsförsäkring i Belgien utan den, liksom tilläggsförsäkringarna, är en del av den offentliga hälsoförsäkringen.

Ansvar för äldreomsorg delas mellan stat och regioner och utgör en del av sjukvårdssystemet. I Belgien utgör anhängvården en mindre del än för EU-genomsnittet. Andelen individer som får vård på äldreboende eller genom hemtjänst är således relativt hög och det finns många vårdplatser jämfört med i andra OECD-länder. Nära hälften av alla individer som får äldreomsorg bor på äldreboende. Trots detta är kostnaden som andel av BNP med sina 1,7 procent lägre än i Sverige med sina 3,6 procent.

Äldreomsorgen är relativt utbyggd i **Frankrike**. Staten ansvarar för äldres sjukvård medan regionerna erbjuder förmåner till människor som fyllt 60 år via systemet APA. Till skillnad från övriga europeiska länder definieras omsorgsbehovet av åldern (60+) och inte av vilken omsorg individen är i behov av. För att ta del av den offentligt finansierade äldreomsorgen måste man själv bidra med viss finansiering till exempelvis hemtjänst. Det finns ett ”pengsystem” via banken som medger avdragsrätt till 50 procent på utlägg för omsorgstjänster. I äldreboende är själva sjukvården kostnadsfri, men egenavgifterna för mat och boende desto högre. Egenfinansieringen uppgår till 35 procent i äldreboende och 20 procent vid hemtjänst. Samordningen är dålig mellan sjukvården, som ansvarar för den medicinska omvårdnaden och departementet som är ansvarigt för den sociala omvårdnaden av äldre.

---

Cirka 15 procent av Frankrikes befolkning över 40 år har en privat kompletterande äldreomsorgsförsäkring, varav cirka 60 procent är individuella och resten gruppförsäkringar<sup>9</sup>. Liksom den privata sjukvårdsförsäkringen ersätter äldreomsorgsförsäkringen kostnader som uppstår vid behov av äldreomsorg. Det finns för närvarande inga skattelättnader för dem som tecknar försäkringen. Istället försöker man stimulera anhörigvård genom till exempel ekonomiska bidrag.

I **Schweiz** ingår äldreomsorg i den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen. Även om vård och omsorg om äldre förväntas skötas av individen själv eller av anhöriga, täcks delar av utgifterna genom den obligatoriska försäkringen och genom ett särskilt förmånssystem för äldre och funktionshindrade personer samt från det kompletterande bidraget till den så kallade "AVS-AI"-pensionen. Mat, äldreboende samt hemtjänst ingår dock inte i den obligatoriska försäkringen. Ansvaret för finansiering och tillhandahållande ligger på kommuner eller kantonerna.

Egenfinansieringen uppgår till 36 procent och består av försäkringspremie, självrisk, medfinansiering samt avgifter. Det finns ingen specifik privat äldreomsorgsförsäkring som täcker risken för behovsstyrd omsorg. Däremot infördes en ytterligare del i den privata finansieringen av äldreomsorg 2011. Utöver annan egenfinansiering ska brukaren nu också betala ett tillägg till existerande självrisk och medfinansiering som kan uppgå till max 20 procent av den kostnad som täcks av den obligatoriska försäkringen. För hemtjänst som kostar 800 kronor genom försäkringen, kan brukaren få betala 160 kronor extra med det nya betalningstillägget. De som saknar ekonomiska förutsättningar kommer dock att få ett större ekonomiskt bidrag för att kunna betala sin omsorg. Ingen direkt ersättning ges till dem som vårdar anhöriga men det är på gång i vissa kantoner.

I **Spanien** infördes 2007 ett nytt system för äldreomsorgen där staten och de självständiga regionerna numera tar ett större ansvar. Tidigare

<sup>9</sup> OECD samt LSE Health; Financing Long-Term Care in Europe (2012).

---

förlitade sig systemet till stor del på anhörigvård, som fortfarande är omfattande och uppgår till cirka 65 procent av den äldreomsorg som utförs. Äldreomsorgen är delvis skattefinansierad och den är behovsprövad. Resten är medfinansiering och avgifter. Den som tar del av äldreomsorg förväntas själv finansiera en tredjedel av utgifterna. Det finns äldreomsorgsförsäkring som är avdragsgill för individen.

Äldreomsorgen i **Grekland** utförs i huvudsak i offentlig regi genom privata vinst- eller ickevinstdrivande organisationer. Det finns ingen privat äldreomsorgsförsäkring. Grekland har som tidigare nämnts också en stark tradition av anhörigvård. Det finns skattelättnader för närstående som vårdar anhöriga.

I **Kanada** är det offentliga skyddet inte lika omfattande för äldreomsorg som för sjukvården och hur mycket du får bekosta själv skiljer sig mellan regionerna i landet. Regeringen jobbar för att få över en allt större del av vården och omsorgen för äldre som utförs i äldreboenden till hemtjänst. I landet erbjuds frivillig privat äldreomsorgsförsäkring som kan täcka en del av brukarens kostnad för äldreomsorg, men utbredningen är liten. Liksom bland annat Tyskland och Grekland kan närstående som vårdar sina anhöriga få vissa förmåner.

I **USA** finns det inget sammanhållet äldreomsorgssystem. Liksom för sjukvården saknas ett offentligt allmänt grundskydd. Långsiktigt individuellt sparande för framtida kvalificerad medicinering och äldreomsorg är skattebefriat. Det finns privat äldreomsorgsförsäkring att tillgå, vilken garanterar äldreomsorgsservice från en viss ålder och resten av livet. Cirka 5 procent av alla över 40 år har tecknat en särskild sådan. En förklaring till den låga täckningsgraden är att marknaden är skakig. Premierna för äldreomsorgsförsäkring har ökat betydligt för befintliga försäkringstagare och ingångspremien är ännu högre för dem som nytecknar en försäkring. Ett antal försäkringsföretag har de senaste 5 åren slutat att erbjuda äldreomsorgsförsäkringar på grund av lönsamhetsproblem.<sup>10</sup> Ökade kostnader för äldreboenden, låga räntor samt en åldrande befolkning är några orsaker.

<sup>10</sup> Reuters (21 March 2012).

---

För individer som saknar ekonomiska förutsättningar kan vård och omsorg genom de offentliga programmen Medicaid och Medicare vara ett alternativ men ofta gäller ett begränsat utbud och långa väntetider. Anhörigvård är vanligt, cirka 70 procent av alla som är över 65 år och i behov av vård och omsorg vårdas av närstående. Äldre med goda ekonomiska förutsättningar kan välja att betala vården och omsorgen ur egen ficka. Egenfinansieringen uppgår till 22 procent.

I **Japan** är cirka 23 procent av befolkningen över 65 år de står för cirka 50 procent av sjukvårdskostnaderna. Japan har stora problem med överutnyttjande av sjukvård, vilket främst gäller långa sjukhusvistelser för omvårdnad. Här ses inrättandet av fler äldreboenden som en lösning på just det specifika problemet.

Andra intressanta områden för effektivisering som framförts gäller läkemedelsförbrukning, vård i hemmet med lösningar för kroniskt sjuka och förebyggande insatser, telemedicin (medicinsk vård på distans), lösningar på rehabiliteringsområdet till exempel för strokepatienter eller hjärtsjuka samt inom demensvården. Sedan början av 2000-talet erbjuds privat äldreomsorgsförsäkring. Personer som är äldre än 40 år betalar då en premie som kommunen administrerar<sup>11</sup>. Försäkringen finansierar cirka 5 procent av de totala äldreomsorgskostnaderna.

När det gäller **Singapore** har cirka 50 procent av befolkningen som är 40 år eller äldre en äldreomsorgsförsäkring (Eldersshield) som har koppling till vårdsparkontot (MediSave). Individen ansluts automatiskt, men har 3 månader på sig att hoppa av om den vill. Försäkringspremien styrs av kön och ålder, inte av den försäkrades inkomst. Försäkringstagaren betalar premie fram till 65 års ålder och försäkringen ger sedan skydd livet ut. Staten har utformat systemet men det är de privata försäkringsföretagen som administrerar, prissätter och säljer försäkringen.

Det har på senare tid uppkommit kritik mot den privata äldreomsorgsförsäkringen. Det har varit svårt för individer med särskild problem-

<sup>11</sup> Socialförsäkringsboken 2010, s. 17-18.

---

ställning att få ersättning. Kritiken har även handlat om storleken på ersättningsnivån generellt som anses täcka för litet. Till exempel täcker den inte själva vårdkostnaden, hyra eller mat. Staten ska göra en ny upphandling nästa år och lär ta med sig dessa erfarenheter. Dessa svårigheter och brister i Singapore är ännu ett exempel på betydelsen av tydliga spelregler i välfärdssystemen för att kvaliteten i och tillgängligheten till vård och omsorg ska komma brukaren tillgodo.



---

# Slutsatser

Det pågår ett löpande förändrings- och förbättringsarbete i Sverige. Med tanke på de stora utmaningar som sjukvården och äldreomsorgen står inför kan systemen behöva förändras för att ha kapacitet att möta individers behov av vård och omsorg i framtiden. Andra länder står inför liknande och i många fall ännu större utmaningar, och stora förändringar har gjorts eller är på gång. Vi bör ställa oss följande frågor: Hur ser de framtida behoven och förväntningarna ut och vilka krav kan och bör ställas på vården och omsorgen? Behövs kompletterande lösningar i ett välfärdssamhälle som ska kunna erbjuda trygghet för alla? Vad kan Sverige lära av andra länder?

Inför ett sådant arbete kan det vara värdefullt att titta närmare på hur andra länder har löst eller diskuterar lösningar för tillgången till och finansieringen av vården och omsorgen samt ansvarsförhållanden. Ökande behov och krav på vård och omsorg med en åldrande befolkning, men också den globala finanskrisen, leder till påfrestningar på systemen. Utmaningarna handlar i många länder om att klara av att finansiera en rimlig välfärd idag, såväl som i framtiden. Det är av stor vikt att undvika det flera av länderna brottas med: bristande legitimitet för befintliga vård- och omsorgssystem. Om inte allmänheten har förtroende för politikernas och andra aktörers hantering av systemen, kan det bli svårt att få acceptans för en större förändring av desamma.

Oavsett hur vi vill att våra framtida välfärdssystem ska vara uppbyggda, hur de ska finansieras och om vi anser att vi har råd att erbjuda sjukvård i världsklass kan nyttiga erfarenheter dras från andra länder.

I flera av de länder som vi har studerat bidrar privata försäkringslösningar till vård- och omsorgsfinansieringen. Det är värt att notera att försäkringsmodellerna i Nederländerna och Schweiz tydliggör vilken sjukvård som individer kommer att få om behov uppstår. Enskilda individer kan därmed tydligare utläsa om och hur mycket han eller hon måste kom-

---

plettera sitt skydd med. Tydliga ansvarsavgränsningar underlättar både för individ och samhälle att göra ett val samt att planera och fatta beslut om vilket skydd som är rimligt.

Det finns ingen given modell för Sverige. Varje land har sina olika förutsättningar och alla alternativa modeller sina för- och nackdelar. Det skulle vara svårt och knappast önskvärt att applicera ett annat lands modell i sin helhet på Sverige. Oavsett utformning kommer det med största sannolikt krävas nya finansieringslösningar för vård- och omsorgssystemen i Sverige. Det är viktigt att centrala myndigheter och politiker förbereder sig för kommande utmaningar. Med denna internationella utblick hoppas vi kunna ge uppslag inför fortsatta diskussioner om vår framtida välfärd.

---

# Referenser

Commission on the Future of Health Care in Canada; "Delivering Health Care Services: Public, Not-For-Profit, or Private?" (2002)

Commonwealth Fund; International Profiles of Health Care Systems (2011)

ESO 2011:7; Vägval i vården – en ESO-rapport om skillnader och likheter i Norden

Euro Health; Managed competition in the Netherlands: an example for others?, Volume 16 No 4 (2010)

Insurance Europe; Private Medical Insurance in the European Union (2011)

Leading Health Care; Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre, rapport nr 5 (2012)

LIF rapport 2008:5; Sjukvården kan reformeras – lär av Nederländerna!

LSE Health; Financing Long-Term Care in Europe (2012)

Monograph prepared for WHO/NHA Unit, Geneva, Switzerland; "National Health Accounts Estimation Methods: Household Out-of-pocket Spending in Private Expenditure" (2008)

Nutek R 2008:49; Export av vård- och omsorgstjänster – utvecklingen ur ett europeiskt perspektiv

OECD; Help wanted? Providing and paying for long-term care (2011)

---

OECD; Health at a Glance, Europe 2012

PRO; ”Äldrevård i åtta europeiska länder” (2010)

Science Direct; Shifting the burden of health care finance: a case study of public-private partnership in Singapore, Health Policy 69, p. 83-92 (2004)

Socialstyrelsen; Metoder och nyckeltal för uppföljning av äldreomsorg i Danmark, Norge, England och Kanada (2009)

SOU 2002:31; Vinst för vården

Svenskt Näringsliv m.fl.; Privata företag inom skola, vård och omsorg i Storbritannien, Frankrike, Tyskland och Tjeckien – en översikt (2012)

Svenskt Näringsliv; Vad vi kan lära av europeisk hälso- och sjukvård – erfarenheter och lärdomar från Storbritannien, Nederländerna, Belgien och Spanien (juni 2009)

Sveriges Ambassad Tokyo; Japansk Sjukvård (2007)

TIMBRO; Perestrojka i vården (28 maj 2010)









Svensk Försäkring

Svensk Försäkring Box 24043, 104 50 Stockholm Karlavägen 108  
Tel 08-522 785 00 Fax 08-522 785 15  
[www.svenskforsakring.se](http://www.svenskforsakring.se)