

# Svensk sjukvård i internationell belysning

*– en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat*



# Innehåll

<b>Förord</b>	<b>1</b>
<b>Svensk sjukvård i internationell belysning</b>	
– <b>en sammanfattning</b>	<b>2</b>
Hög effektivitet jämfört med andra	3
Framtida utmaningar	4
Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet	4
<b>Institut och forskare i Kanada, Holland, Storbritannien och Frankrike</b>	<b>6</b>
The Conference board of Canada	6
Social and Cultural Planning Office of the Netherlands	7
Två brittiska forskare	8
Avslutningsvis en fransk samhällsforskare	9
<b>Vårdbehov, resurser och resultat</b>	<b>10</b>
Demografisk utveckling	10
Kostnader och kostnadsutveckling	10
Personalresurser	13
Materiella resurser	15
Tillgång till olika medicinska insatser	16
Resultat	19
Vissa förebyggande insatser	27
<b>Diagram- och tabellförteckning</b>	<b>29</b>
<b>Appendix – beskrivning av hälso- och sjukvårdssystem i olika länder</b>	<b>30</b>
<b>Källor</b>	<b>44</b>

Upplysningar om rapportens innehåll lämnas på  
Sveriges Kommuner och Landsting av:  
Roger Molin, tel 08-452 76 65  
Lars Johansson, tel 08-452 76 60

Rapporten kan beställas från förbundens trycksaksbeställning,  
tel 020-31 32 30 eller fax 020-31 32 40

ISBN 91-7164-029-0

*Grafisk form och layout:* Svensk Information  
*Omslagsfoto:* Aflo Foto Agency/Pressens Bild  
*Tryck:* Alfa Print AB

# Förord

EU-kommissionen har vid flera tillfällen under senare år betonat vikten av att medlemsländernas hälso- och sjukvårdssystem förmår tillhandahålla vård av hög kvalitet för hela befolkningen samtidigt som de är ekonomiskt hållbara.

För att länderna ska kunna värdera sina hälso- och sjukvårdssystem krävs något att jämföra med. Med denna insikt har internationella jämförelser blivit allt vanligare.

I denna rapport jämförs den svenska hälso- och sjukvårdens prestationer med andra länders. Svensk vård mäts mot vården i sexton andra industrialiserade västländer – övriga EU-15 plus Norge och USA.

Syftet är att beskriva hur det svenska sjukvårdssystemet presterar i en jämförelse med sjukvårdssystemen i dessa länder. Jämförelsen avser vårdbehov, kostnader och resultat, alltså med vilka kostnader löser olika länder vårdbehoven i befolkningarna och med vilka resultat? Det kan uttryckas annorlunda; ger svensk sjukvård valuta för pengarna i en jämförelse med andra länder?

Rapporten analyserar inte orsakerna till de skillnader som finns mellan länderna. Den har inte heller normativa anspråk, d.v.s. att utifrån jämförelserna föreslå förändringar.

Utöver egna jämförelser innehåller rapporten sammanfattningar av internationella jämförelser gjorda på andra håll i världen där svensk sjukvård ingår i jämförelserna. Bland annat ingår undersökningar från ett holländskt statligt institut och från ett oberoende kanadensiskt forskningsinstitut.

Min förhoppning är att rapporten ska stimulera den diskussion som pågår i Sverige om vilket hälso- och sjukvårdssystem som har bäst förmåga att kostnadseffektivt tillgodose de framtida vårdbehoven.

Rapporten har sammanställts av Roger Molin och Lars Johansson vid Sveriges Kommuner och Landsting. Underlag till beskrivningar av ländernas hälso- och sjukvårdssystem har tagits fram av konsult Sven-Eric Bergman.

*Stockholm i april 2005*

Sveriges Kommuner och Landsting



Håkan Sörman

# Svensk sjukvård i internationell belysning

## – en sammanfattning

Hälso- och sjukvårdssystemet i ett land har att balansera flera olika, ofta svår-förenliga mål. Det handlar om att ge hela befolkningen vård efter behov och på lika villkor, att utveckla högsta möjliga vårdkvalitet och bästa möjliga hälso-effekter samt att kontrollera och väga kostnaderna för hälso- och sjukvården i relation till andra välfärdsområden.

Sjukvårdssystemen i de länder som ingår i jämförelsen har olika utformning. Det är delvis en effekt av att man lägger olika vikt vid de olika målen. Skilda system kan också avspegla olikheter i bedömningar av hur målen bäst uppnås. Men systemen varierar kanske främst därför att de vuxit fram under lång tid, färgade av respektive lands traditioner.

Hälso- och sjukvårdssystemen varierar också när det gäller vilka resultat som uppnås. Denna rapport har som syfte att beskriva hur det svenska sjukvårdssystemet presterar i en jämförelse med sjukvårdssystemen i andra länder. Svensk vård mäts mot vården i sexton andra industrialiserade västländer – övriga EU-15 plus Norge och USA. Jämförelserna avser vårdbehov, kostnader och resultat, alltså med vilka kostnader löser olika länder vårdbehoven i befolkningarna och med vilka resultat?

Jämförelser av detta slag har blivit allt vanligare. Beslutsfattare på olika nivåer söker efter evidensbaserad kunskap som grund för förbättringar av sjukvårdssystemen.

Vid alla jämförelser utgör tillgången till relevanta och tillförlitliga data ett problem. Dessa problem är särskilt stora vid internationella jämförelser. Frågan om vilka indikatorer som är bäst när det gäller att värdera och jämföra olika hälso- och sjukvårdssystemens prestationer har inget givet svar.

Här utnyttjas huvudsakligen material från Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). OECD initierade år 2001 ett projekt (OECD Health Project) som syftar till att utveckla modeller för att mäta och analysera hur medlemsländernas hälso- och sjukvårdssystem presterar. Målet är att med hjälp av jämförelser bidra till förbättringar av respektive lands sjukvårdssystem.

Det bör observeras att dessa data är insamlade i de olika länderna för länder-specifika syften. Metoderna för att kvalitetssäkra data skiljer sig åt, definitioner och tillförlitlighet varierar. Det kan därför finnas en viss osäkerhet kring tillförlitligheten i uppgifterna. OECD bedriver utvecklingsarbete som syftar till att identifiera relevanta och tillförlitliga indikatorer för att värdera olika hälso- och sjukvårdssystemens prestationer. Vi har bedömt att OECD-materialet är det bästa som finns att tillgå. Det används också som underlag i merparten av de internationella jämförelser som görs inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Det är likafullt en begränsning i jämförelserna att urvalet av indikatorer är begränsat i huvudsak till de data som OECD tillhandahåller. Vi har i möjligaste mån sökt komplettera med andra källor, exempelvis med data från en jämförelse av hälso- och sjukvården i tio industrialiserade länder genomförd av Stor-

britanniens huvudorgan för den statliga revisionen (NAO 2003). Men även denna studie hämtar delar av sina data från OECD Health Data.

Rapporten har endast deskriptiva ambitioner, att beskriva vad de olika sjukvårdssystemen presterar och till vilka kostnader. Avsikten är inte att analysera sjukvårdssystemen i respektive land i syfte att förklara skillnaderna mellan länderna.

Detta inledande avsnitt innehåller en sammanfattning av resultatet av jämförelserna. I avsnittet därpå följer en kort redogörelse av jämförelser gjorda av institut och forskare i Storbritannien, Kanada, Holland och Frankrike. I det avslutande avsnittet jämförs länderna indikator för indikator. I Appendix finns kortfattade beskrivningar av grunddragen i olika länders sjukvårdssystem.

## HÖG EFFEKTIVITET JÄMFÖRT MED ANDRA

Jämförelserna visar att svensk sjukvård presterar mycket väl jämfört med vården i andra länder. Det gäller såväl tillgång till vård som kvalitet, resultat och effekter. Att de goda resultaten åstadkommes med endast genomsnittliga kostnader betyder att den samlade effektiviteten i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är god – jämförd med andra länder.

Slutsatsen bygger på att Sverige jämfört med de andra länderna

- hanterar de största vårdbehoven (med andelen äldre i befolkningen som indikator),
- har måttliga kostnader (mätt som kostnad per invånare och år och som andel av BNP),
- måttliga resurser (mätt som antal läkare och sjuksköterskor per tusen invånare),
- god tillgänglighet (mätt som antal operationer per hundra tusen invånare av vanliga åtgärder som starr-, höftleds- och kranskärlsoperationer) samt
- goda medicinska resultat och effekter (exempelvis lägst spädbarnsdödlighet, hög överlevnad i hjärtkärlsjukdomar, låg dödlighet i cancer, mm).

Denna slutsats återfinns också i de jämförelser av industrialiserade länder som internationella organisationer och forskare publicerat. Även i dessa rankas den svenska sjukvården genomgående mycket högt. Det är kombinationen av måttliga kostnader, god tillgång till vård för alla, goda medicinska resultat och goda hälsoeffekter som ger utslag i den sammanvägda rankingen.

Inget lands sjukvårdssystem presterar bäst på alla områden. Det framgår både av de jämförelser som görs i denna rapport och av de internationella jämförelser som refereras.

Rankingen av länderna gäller effekterna av respektive lands samlade hälso- och sjukvårdssystemen. Att Sverige sammanvägt placerar sig högt ska alltså inte tolkas som att den svenska vården fungerar väl i alla avseenden. Det finns indikatorer, exempelvis avseende tillgänglighet, där flera andra länder presterar bättre.

Indikatorer som medellivslängd och spädbarnsdödlighet har inte bara med hälso- och sjukvårdssystemen att göra utan påverkas även av ekonomiska och sociala förhållanden. Det är den direkta anledningen till att jämförelsen endast omfattar industrialiserade västländer med utvecklade ekonomier.

## FRAMTIDA UTMANINGAR

Många länder fördelar stora resurser till hälso- och sjukvården. Den svenska sjukvården kostade år 2003 drygt 225 miljarder kronor. Det är en betydande del – 9,2 procent – av Sveriges samlade resurser. I sju av de jämförda länderna kostar sjukvården mer uttryckt som kostnad per invånare och år och i nio länder mindre.

I hela västvärlden blir befolkningarna allt äldre. Därmed ökar behovet av insatser från hälso- och sjukvården. Det gäller såväl behandlande och omvårdande insatser som förebyggande åtgärder. Också den medicinska utvecklingen med utvidgade behandlingsmöjligheter, inte minst genom nya läkemedel, ökar behovet av insatser.

Denna bild är gemensam för de länder som ingår i jämförelsen och alla står inför en påtaglig kostnadspress. Starkast har utmaningen hittills varit i Sverige där andelen äldre i befolkningen ökat mest.

Med anledning av dessa utmaningar har flera länder gjort bedömningar av framtida resursbehov och behov av förändringar i sina sjukvårdssystem. I Sverige har Ansvarskommittén uppdraget att överväga vilket hälso- och sjukvårdssystem som har bäst förmåga att kostnadseffektivt tillgodose framtida vårdbehov så att god vård ges till alla på lika villkor.

Det är slående hur stabila hälso- och sjukvårdssystemen varit i de länder som ingår i jämförelsen. Finansieringen har inte genomgått några större förändringar under hela andra hälften av 1900-talet. Försök att förändra hälso- och sjukvårdssystemen har ofta mött politisk och folklig opposition. Förslag och ibland beslut i Tyskland, Holland, Portugal och Grekland om förändringar har inte realiserats. Det sammanhänger bland annat med att det tar lång tid att förändra ett helt system och under tiden förändras villkoren. Det hänger också ihop med att sjukvårdssystem är komplexa och att förändringar i ett avseende ger andra förändringar, inte alltid vare sig förutsedda eller önskade.

Det är möjligt att det nu sker ett trendbrott i det avseendet. En del av de förändringar som nyligen genomförts eller håller på att ta form kan betraktas som reformering av systemen. Detta gäller Norge, där staten år 2001 tog över driften av sjukhusen från de regionala fylkena och Danmark, där staten på olika vägar kommer att svara för sjukvårdens finansiering. Det gäller också Holland, där man beslutat att år 2006 överge den nuvarande splittringen på offentlig och privat försäkring och låta försäkringsbolagen och kassorna konkurrera med en civilrättslig reglering. Det bör dock noteras att flera tidigare beslut om förändringar av systemet i Holland aldrig har genomförts i praktiken.

## DET SVENSKA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMET

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är starkt decentraliserat. Det är de 20 landstingen och de 290 kommunerna, som i huvudsak finansierar och tillhandahåller sjukvård inom sina respektive ansvarsområden. Den nationella nivån har, genom regering och riksdag, det övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska ansvaret.

Decentraliseringen har förstärkts över åren genom att staten, som tidigare stått för stora delar av vården, på område efter område lämnat över finansierings- och vårdgivaransvaret till landstingen. Det gäller exempelvis provinsialläkarna och mentalsjukhusen under 1960-talet, universitetssjukhusen under 1980-talet, privata läkare och sjukgymnaster med ersättning i enlighet med nationella

taxor under 1990-talet och successivt läkemedel i öppen vård från och med år 1996.

Ett nytt steg i decentraliserande riktning, nu från landstingen till kommunerna, togs i och med Ädelreformen (1992) som gjorde alla kommuner till sjukvårdshuvudmän. Kommunerna ansvarar för all sjukvård som ges i särskilt boende, exklusive läkarinsatser, och har möjlighet att teckna avtal med berört landsting om att även ansvara för hemsjukvård, vilket ca hälften av kommunerna gjort.

Vården i Sverige är till helt övervägande del skattefinansierad, genom landstings- och kommunalskatt. Patientavgifter i landstingen står för ca 2,7 procent av intäkterna. Privat finansierad vård därutöver är marginell, ca 500 miljoner kronor årligen, några promille av de totala vårdkostnaderna. Inom övriga EU är finansieringen mer splittrad och frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar står för en väsentligt större del av finansieringen (2–10 procent). I USA dominerar privat finansiering, oftast via arbetsgivare.

I Sverige är landstingen och kommunerna också huvudsakliga vårdgivare. Cirka tio procent av hälso- och sjukvården utförs av privata vårdgivare. Alla landsting, men i varierande grad, anlitar privata entreprenörer, främst inom primärvården där ca 25 procent av vårdcentralerna drivs av entreprenörer. Även många kommuner anlitar privata entreprenörer.

Jämfört med andra länder är det svenska sjukvårdssystemet sammanhållet med landsting och kommuner som både finansiärer och dominerande vårdgivare.

I Appendix finns en kortfattad jämförelse av grunddragen i olika länders sjukvårdssystem.

# Institut och forskare i Kanada, Holland, Storbritannien och Frankrike

I detta avsnitt redovisas ett antal jämförelser av hur olika länders sjukvårdssystem presterar gjorda av institut och forskare i Kanada, Holland, Storbritannien och Frankrike. Sverige ingår i alla dessa undersökningar medan länderna i övrigt varierar. Undersökningarna är publicerade åren 2003 och 2004.

## THE CONFERENCE BOARD OF CANADA

Ett oberoende kanadensiskt forskningsinstitut, The Conference Board of Canada, rankar i en rapport sjukvården i 24 länder utifrån 24 olika indikatorer. Rankingen bygger på många olika indikatorer. Det gäller indikatorer på hälsa, såsom livslängd och upplevd hälsa, indikatorer på medicinska resultat, såsom överlevnad efter stroke, samt indikatorer på icke medicinska faktorer, såsom övervikt och alkoholkonsumtion.

För varje indikator kategoriseras länderna utifrån deras relativa position som "guld = 2 poäng", "silver = 1 poäng" eller "brons = 0 poäng". I den sammanfattande rankingen kommer Sverige på andra plats efter Schweiz. Spanien, Frankrike, Tyskland och Italien delar på tredjeplatsen medan Kanada rankas som nr 13 och USA som nr 23 (se nedan).

### Sammanvägda resultat\* (hälsostatus, icke medicinska faktorer och hälsoeffekter).

Rank	Land	Guld	Silver	Brons	Vägt medeltal
1	Schweiz	14	9	1	37
2	Sverige	14	7	0	35
3	Spanien	12	9	3	33
3	Frankrike	12	9	2	33
3	Italien	11	11	0	33
3	Tyskland	9	15	0	33
7	Norge	13	6	2	32
8	Japan	14	3	7	31
8	Island	12	7	2	31
8	Australien	10	11	3	31
8	Holland	11	9	4	31
12	Finland	11	7	4	29
13	Kanada	7	13	4	27
14	Mexiko	12	4	4	26
14	Belgien	9	8	4	26
14	Nya Zeeland	7	12	5	26
17	Österrike	6	13	3	25
18	Danmark	8	8	6	24
19	Korea	9	5	9	23
19	Portugal	8	7	5	23
19	Storbritannien	6	11	7	23
22	Irland	7	7	7	21
23	USA	5	9	10	19
24	Grekland	5	8	5	18

\*Guld=2; Silver=1; Brons=0

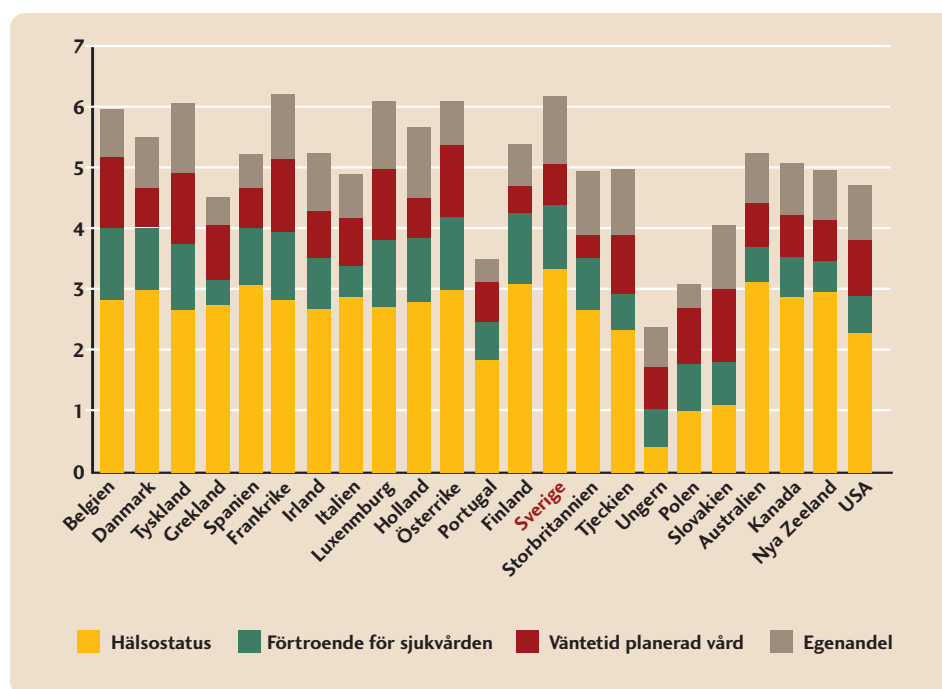
Källa: *Understanding Health Care Cost Drivers and Escalators. Publication 565-04. The Conference Board of Canada.*

## SOCIAL AND CULTURAL PLANNING OFFICE OF THE NETHERLANDS

I en rapport från det holländska statliga institutet Social and Cultural Planning Office of the Netherlands (SCP) jämförs hälso- och sjukvården i de 25 EU-länderna samt Australien, Kanada, Nya Zeeland och USA. Länderna jämförs avseende en rad olika indikatorer; exempelvis kostnader och kostnadsutveckling, väntetider till planerad vård, befolkningens förtroende för vården och hälsostatus (en kombination av förväntad livslängd, kvalitetsjusterade levnadsår som andel av förväntad livslängd, barnadödlighet och subjektivt bedömd hälsa). I det sammanvägda indexet ingår följande indikatorer; hälsostatus, förtroende för vården, väntetider till planerad vård och patientavgifternas (motsvarande) andel av de samlade hälso- och sjukvårdskostnaderna.

Sjukvårdssystemen i Frankrike, Sverige och Österrike rankas här som de bästa till följd av att de ligger väl till på samtliga fyra områden. När det gäller väntetider till planerad vård hamnar Sverige i mittengruppen.

### Innehåll i index för hälsostatus och sjukvårdssystem, 2001.



Källa: *Public Sector Performance, 2004, Social and Cultural Planning Office of the Netherlands (SCP), www.scp.nl*

I rapporten redovisas också i en och samma tabell tre olika rankinglistor tillsammans med uppgifter om sjukvårdskostnader (se nästa sida). Författarna konstaterar att trots att de är gjorda utifrån olika indikatorer är rankingen förvånansvärt stabil också över tid. Tre av de fem främsta i SCP:s ranking återfinns bland de fem främsta i WHO:s ranking från år 1997.

## Ranking av länder efter olika hälsoindex.

	Hälsostatus index 2001	SCP index 2001	WHO index 1997	Högsta sjukvårdskostnad 2001
Sverige	1	2	1	11
Frankrike	10	1	3	6
Österrike	6	3	7	9
Luxemburg	17	4	2	3
Tyskland	14	5	11	2
Belgien	11	6	10	10
Holland	12	7	5	7
Australien	2	12	9	8
Finland	3	9	15	15
Spanien	4	11	13	19
Kanada	8	13	4	4
Danmark	5	8	14	5
Irland	15	10	17	13
Italien	9	17	8	12
Storbritannien	16	16	6	14
Tjeckien	18	14	19	20
Nya Zeeland	7	15	18	16
USA	19	18	12	1
Grekland	13	19	16	18
Slovakien	21	20	22	22
Portugal	20	21	20	17
Polen	22	22	21	23
Ungern	23	23	23	21

Källa: *Public Sector Performance, 2004, Social and Cultural Planning Office of the Netherlands (SCP), www.scp.nl*

I denna rapport förs en diskussion kring sambandet mellan kostnadsnivå och resultat som här återges i sin helhet.

*"Höga hälso- och sjukvårdskostnader per invånare kunde förväntas ge bättre resultat på de olika hälsoindexen. Detta är dock endast delvis fallet. Det finns förvisso en korrelation men den är inte särskilt stark. Mest slående är USA:s dåliga resultat givet den höga kostnadsnivån, medan Sverige däremot rankas högt vad gäller resultat utan att ha en särskilt hög kostnadsnivå.*

*Om målet är att uppnå god hälsa och att ha en god hälso- och sjukvård till inte allt för höga kostnader kan man välja Sverige och Frankrike som utgångspunkt för jämförelser. Österrike och Belgien kommer bara strax efter Sverige och Frankrike. Fastän Tyskland och Luxemburg uppnår liknande hälsoeffekter och har liknade standard på sjukvården men gör de det till avsevärt högre kostnader. Holland, Australien, Kanada och Danmark uppnår en något lägre standard med en kostnadsnivå ungefär likadan som Sveriges och Frankrikes. Länder som Spanien och Finland och – med en något lägre nivå – Irland, Nya Zeeland och Grekland uppnår liknande standard, men till lägre kostnader. Portugal klarar en sådan jämförelse sämre eftersom de har en märkbart sämre standard än Spanien men till samma kostnad. Det samma gäller för Ungern, som jämfört med Slovakien och Tjeckien borde kunna prestera avsevärt bättre. USA sticker ut återigen genom att ha dåliga resultat och hälsoeffekter, trots mycket höga kostnader." (citad sid 183, 184, vår översättning)*

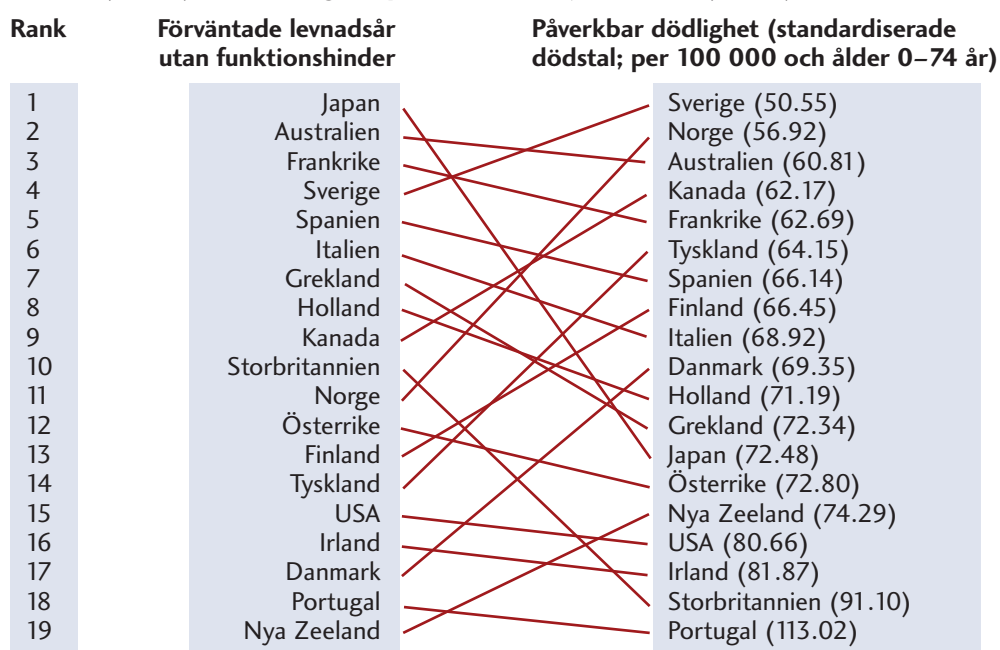
### TVÅ BRITTISKA FORSKARE

De brittiska forskarna, Ellen Nolte och Martin McKee, har i en artikel, *Measuring the health of nations*, publicerad i *British Medical Journal* (2003;327:1129) proble-

matiserat vilken betydelse urval och viktning av indikatorer har för utfallet av jämförelser. De har granskat en ranking gjord av WHO där ländernas sjukvårdssystem värderas utifrån hälsotillståndet hos befolkningen, mätt som förväntade levnadsår utan funktionshinder. I denna ranking fanns Sverige på 4:e plats efter Japan, Australien och Frankrike.

De argumenterar för att när hälso- och sjukvårdssystemen ska värderas är det viktigt att endast ta med sådana indikatorer som kan påverkas med insatser från sjukvårdens sida. Med ett sådant urval av indikatorer kommer Sverige på 1:a plats. Japan, Italien och Grekland som låg högt på WHO:s ranking tappar, medan länder som Norge, Kanada och Tyskland hamnar högre. I figuren nedan visas skillnaderna mellan dessa båda olika sätt att värdera sjukvårdssystemen.

### Jämförelse av ranking baserad på förväntade levnadsår utan funktionshinder (1999) och dödlighet påverkbar av sjukvården (1998).



Källa: Nolte E och McKee Measuring the health of nations, BMJ 2003;327:1129)

### AVSLUTNINGSVIS EN FRANSK SAMHÄLLSFORSKARE

Den franske forskaren Bruno Palier rangordnar i en studie (La réforme des systèmes de santé) olika hälso- och sjukvårdssystemers förmåga att balansera fyra vanliga och ofta svårförenliga mål för hälso- och sjukvården. Han urskiljer det sociala målet att ge befolkningen lika tillgång till hälso- och sjukvård, det medicinska målet att garantera befolkningen högsta möjliga vårdkvalitet och bästa möjliga hälsa, det ekonomiska målet att kontrollera kostnaderna för hälso- och sjukvården samt det politiska målet att garantera patienterna valfrihet och de professionella grupperna inflytande.

Paliers slutsats är att de nordiska ländernas offentliga sjukvårdssystem förenar de bästa medicinska, sociala och ekonomiska resultaten, givet att resurserna inte är alltför begränsade. Däremot lyckas de inte alltid tillfredsställa befolkningens krav avseende lättillgänglig och patientorienterad vård. Bland annat de franska och tyska hälso- och sjukvårdssystemen har goda betyg på denna punkt samtidigt som de har avsevärda problem med höga kostnader och inte heller alltid når de bästa medicinska resultaten.

# Vårdbehov, resurser och resultat

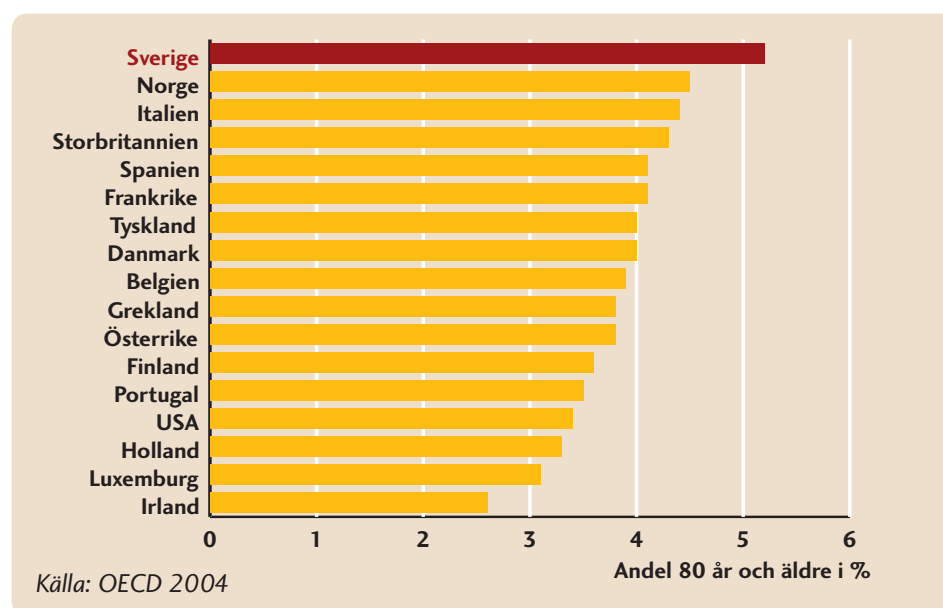
I föregående avsnitt sammanfattades ett antal internationella jämförelser av vården gjorda av forskare och organisationer från andra länder. I detta avsnitt jämförs EU-15 länderna samt Norge och USA indikator för indikator. För flera av indikatorerna finns inte uppgifter för alla länderna.

## DEMOGRAFISK UTVECKLING

Den demografiska utvecklingen är viktig eftersom vårdbehoven ökar med stigande ålder. Effekten på vårdbehoven förstärks av den medicinska och tekniska utvecklingen som innebär att insatser kan sättas in i allt högre åldrar. Vårdbehoven ökar därigenom mer än vad demografin ger vid handen. Det syns tydligt i statistiken över hur antalet höftledsoperationer i Sverige utvecklats. Under perioden 1992–2003 ökade antalet personer äldre än 85 år med 32 procent samtidigt som antalet höftledsoperationer för denna åldersgrupp ökade från 800 per år till 2 400, dvs med 200 procent.

Befolkningen inom EU blir allt äldre och den kraftigaste ökningen har skett bland personer över 80 år. Sverige har den äldsta befolkningen med 5,2 procent av befolkningen 80 år eller äldre, följt av Norge med 4,4 procent. Med ålder som indikator på vårdbehov har svensk sjukvård haft att hantera de största vårdbehoven.

### Befolkning 80 år och äldre i procent av totalbefolkningen 2002.



## KOSTNADER OCH KOSTNADSUTVECKLING

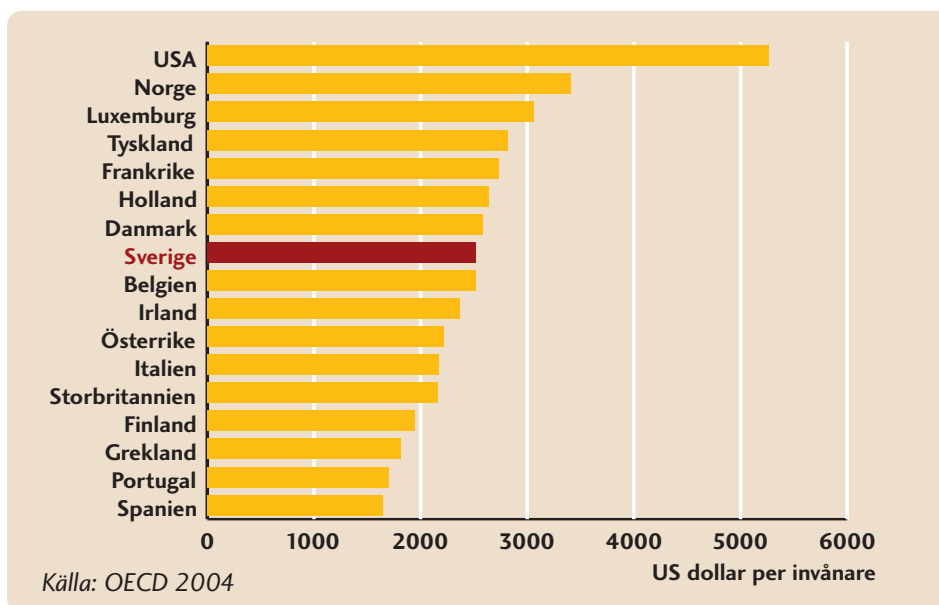
Vilka kostnader har olika länder för sjukvården? Det vanligaste sättet att i internationella jämförelser jämföra kostnader är att utgå från kostnaden per invånare och är uttryckt i dollar och med hänsyn tagen till köpkraften i respektive land. Så beräknad var kostnaden för hälso- och sjukvård per invånare år 2002 tre gånger högre i USA (5 267 dollar) jämfört med Spanien (1 646 dollar) och Portugal (1 702 dollar). Bland de nordiska länderna var hälso- och sjukvårdskostnaderna per

invånare högst i Norge (3 409 dollar) följd av Danmark (2 583 dollar) och Sverige (2 517 dollar), medan Finland har markant lägre kostnader (1 943 dollar).

Av de sjuutton länderna i jämförelsen har sju länder högre kostnader än Sverige och nio länder lägre.

### Kostnad för hälso- och sjukvård per invånare 2002.

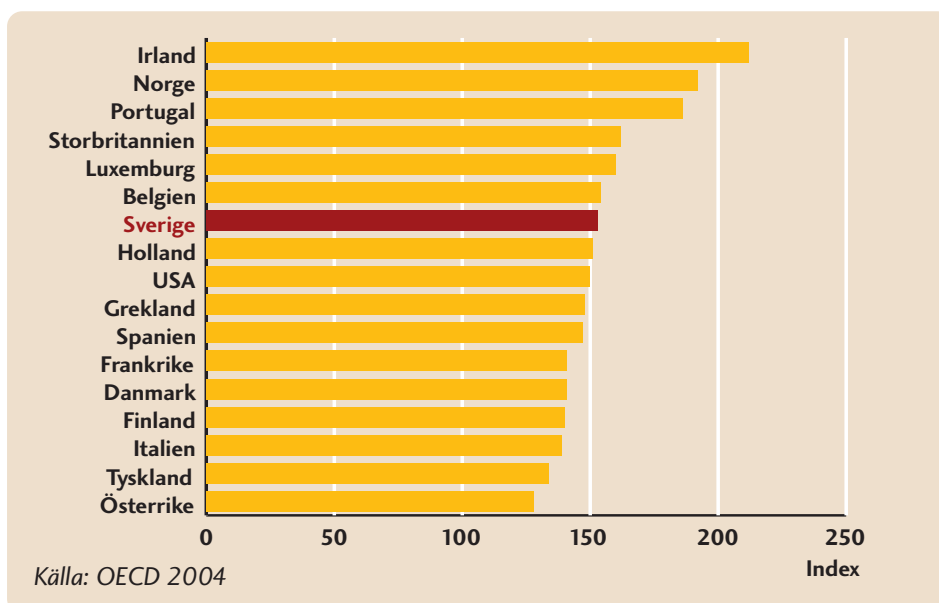
Hänsyn tagen till köpkraften. US dollar.



Kostnaderna ökar i alla länder. I Sverige har kostnaderna under perioden 1994–2002 ökat från 1 650 dollar per invånare och år till 2 520, med ca 53 procent. I länder som Frankrike, Danmark, Holland, USA och Storbritannien låg ökningen i intervallet 40–60 procent. Portugal, Norge och Irland avviker genom väsentligt större kostnadsökningar, 85–100 procent, sedan 1994.

### Kostnadsökning för hälso- och sjukvård per invånare 1994–2002.

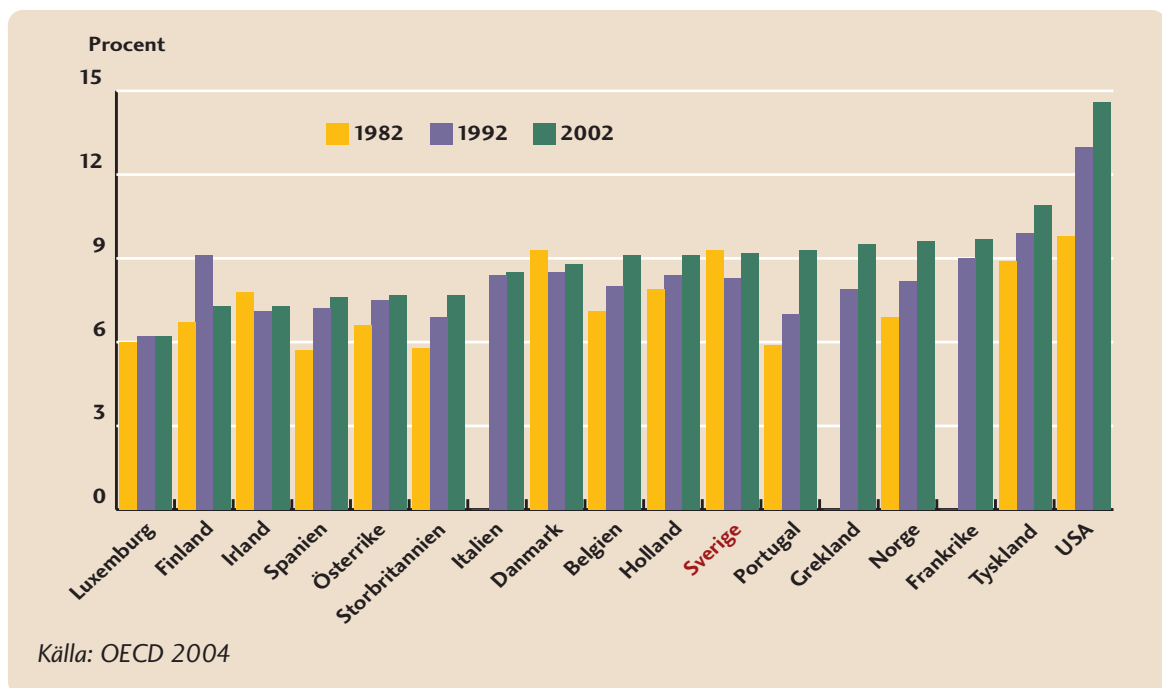
Hänsyn tagen till köpkraften. Index 1994=100.



Hur sjukvårdskostnadernas andel av BNP förändrats är ett annat vanligt sätt att beskriva utvecklingen. I nästan alla länder har sjukvårdens andel av BNP ökat mellan 1982 och 2002. För denna period har andelen minskat med 0,5 procentenheter för Danmark och Irland medan kostnaderna i den svenska sjukvården, som andel av BNP, varit oförändrade. Störst har ökningarna varit för USA (+ 4,8 procentenheter), Norge (+2,7 procentenheter), Storbritannien (+ 1,9 procentenheter) och Frankrike (+ 1,5 procentenheter).

Sveriges BNP-andel minskade med 1,0 procentenheter mellan 1982 och 1992 och ökade med 0,9 procentenheter mellan 1992 och 2002. Mellan 1982 och 1992 minskade även andelen för Danmark och Irland med 0,8 procentenheter. Sedan 1992 har andelen minskat för endast ett land, nämligen Finland från 9,1 procent av BNP till 7,3 procent.

### Andel av BNP till hälso- och sjukvården 1982, 1992 och 2002.



I tabellen nedan sammanfattas dels sjukvårdskostnaderna per invånare och som andel av BNP för år 2002.

**Kostnad för hälso- och sjukvård per invånare (US dollar) och som andel av BNP år 2002. Hänsyn tagen till köpkraften.**

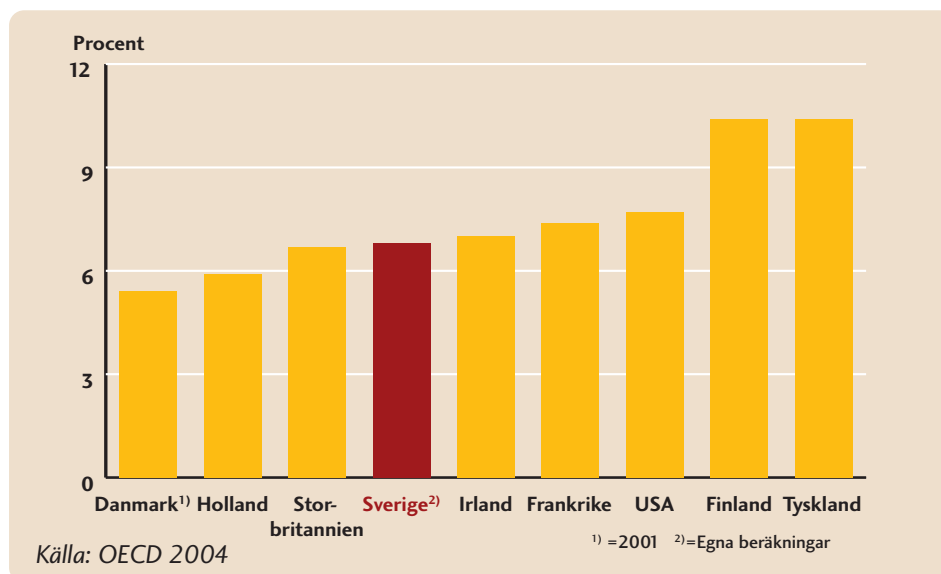
	US dollar per invånare		Andel av BNP %
USA	5267	USA	14.6
Norge	3409	Tyskland	10.9
Luxemburg	3065	Frankrike	9.7
Tyskland	2817	Norge	9.6
Frankrike	2736	Grekland	9.5
Holland	2643	Portugal	9.3
Danmark	2583	Sverige	9.2
Sverige	2517	Belgien	9.1
Belgien	2515	Holland	9.1
Irland	2367	Danmark	8.8
Österrike	2220	Italien	8.5
Italien	2166	Österrike	7.7
Storbritannien	2160	Storbritannien	7.7
Finland	1943	Spanien	7.6
Grekland	1814	Finland	7.3
Portugal	1702	Irland	7.3
Spanien	1646	Luxemburg	6.2

Källa: OECD 2004

**PERSONALRESURSER**

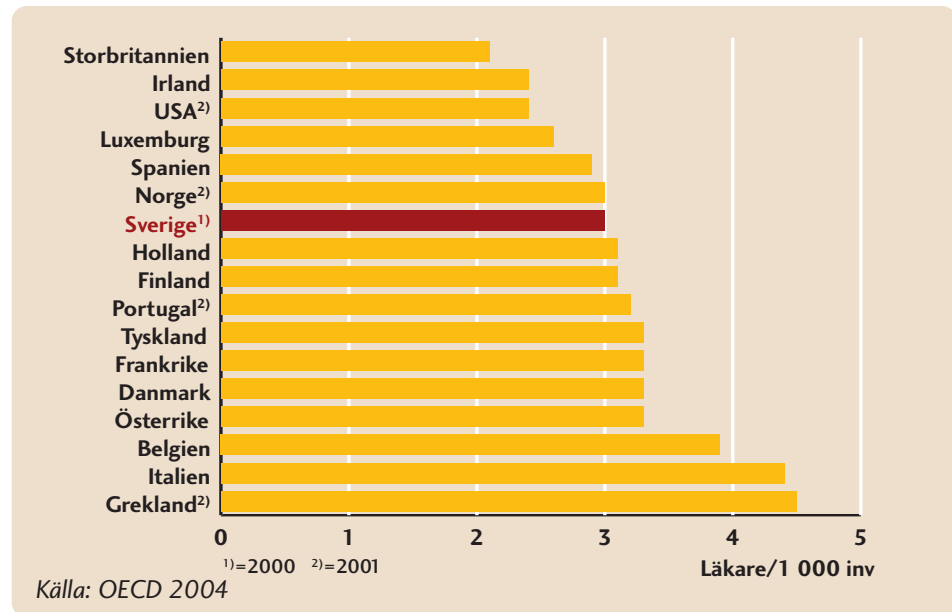
Personalresurserna i vården varierar. Andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvård de totalt sysselsatta utgör drygt 7 procent i Sverige, Irland och Frankrike. Tyskland och Finland har den högsta andelen med ca 10 procent.

**Andel sysselsatta inom hälso- och sjukvården av samtliga sysselsatta 2002.**



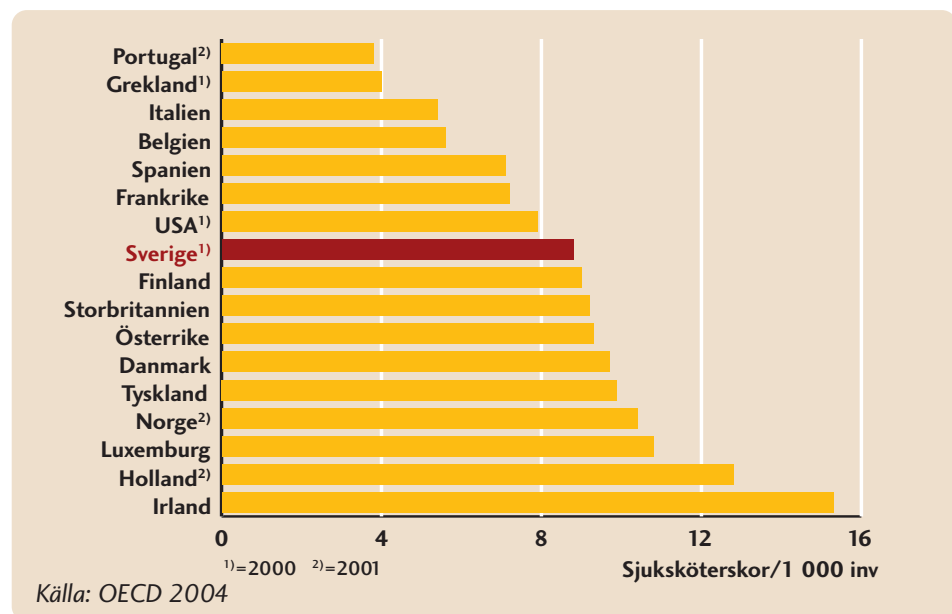
I Sverige finns 3 läkare per 1 000 invånare, vilket placerar Sverige strax under genomsnittet. Storbritannien ligger lägst med 2,1 läkare per 1 000 invånare och Grekland och Italien högst med drygt 4 läkare.

### Läkare per 1 000 invånare 2002.



Vid en rangordning efter antal sjuksköterskor per 1 000 invånare kommer Sverige på åttonde plats med 8,8 sjuksköterskor per 1 000 invånare. Sju länder har färre och nio länder har fler sjuksköterskor per 1 000 invånare.

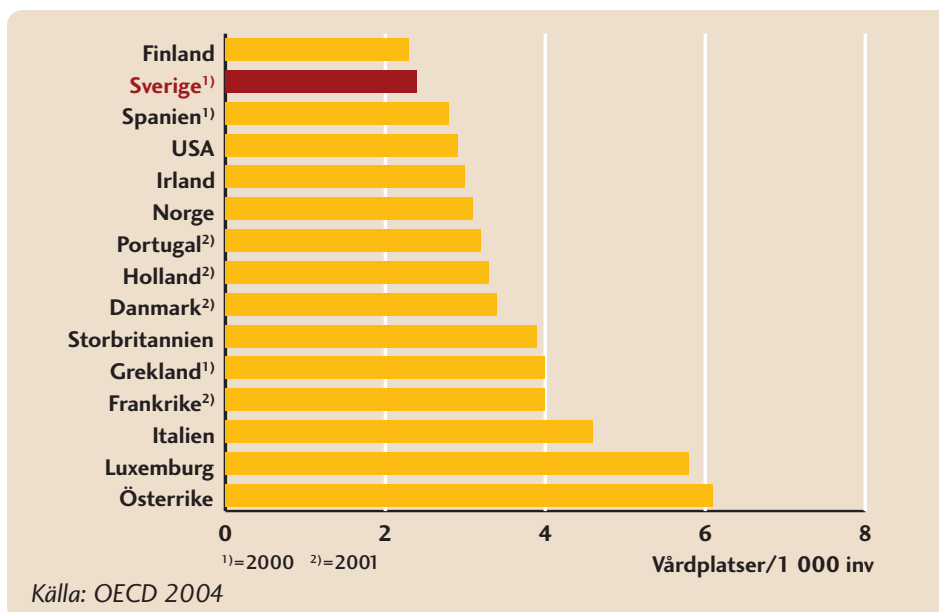
### Sjuksköterskor per 1 000 invånare 2002.



## MATERIELLA RESURSER

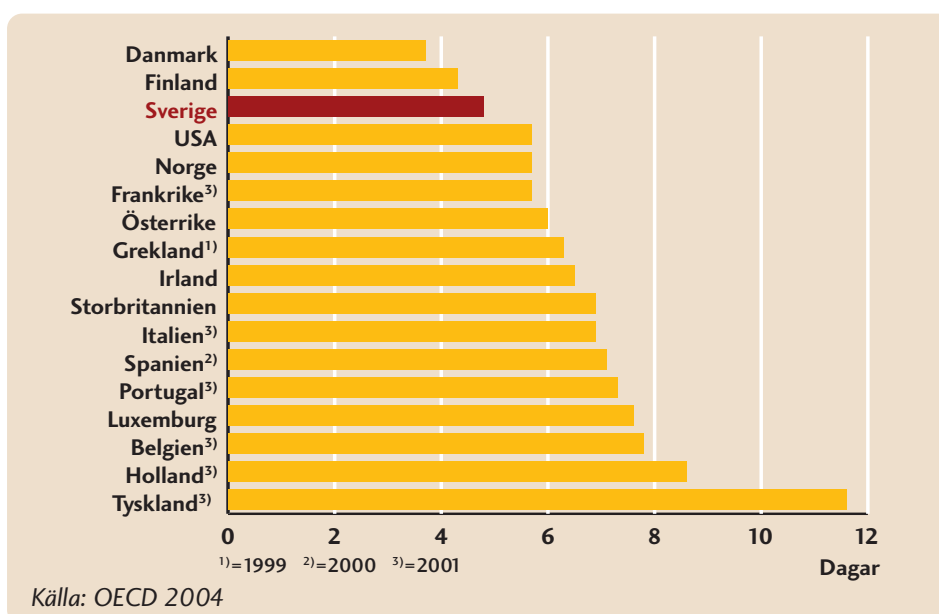
Finland och Sverige har det lägsta antalet vårdplatser per 1 000 invånare inom korttidsvården med drygt 2 vårdplatser per 1 000 invånare. Antalet vårdplatser per 1 000 invånare i övriga länder varierar mellan 3,0 och 6,0.

### Vårdplatser per 1 000 invånare 2002.



Antalet vårdplatser har reducerats med allt kortare vårdtider. De nordiska länderna hade de kortaste vårdtiderna 2002 som framgår av nedanstående diagram.

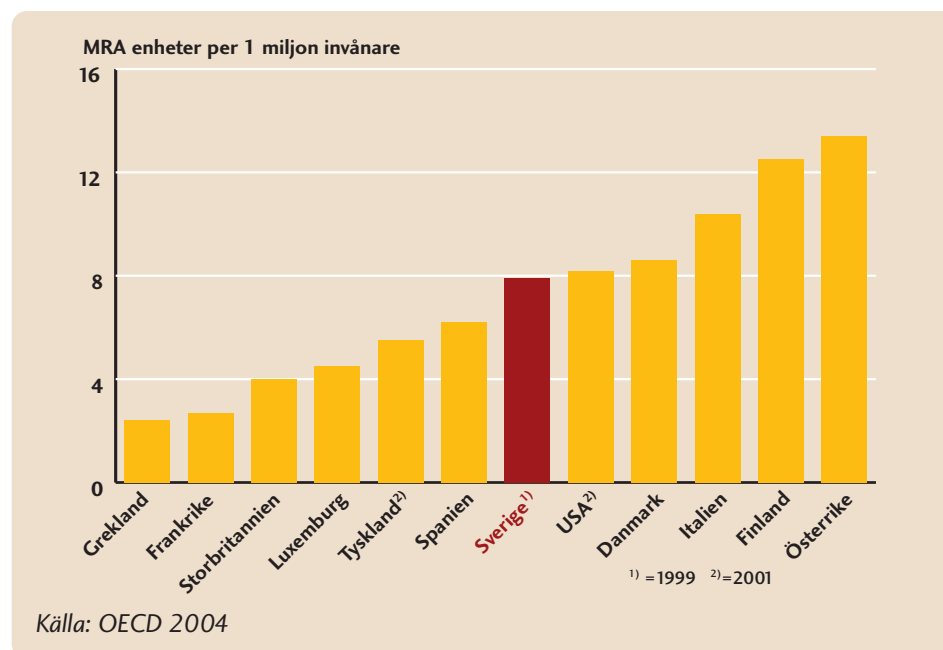
### Medelvårdtid 2002. Korttidsvård.



## TILLGÅNG TILL OLIKA MEDICINSKA INSATSER

Antalet MRA-enheter per invånare kan ses som ett mått på hur väl ett land ligger framme i investeringar i ny teknologi och på hur modern den medicinska utrustningen är. Även här placerar sig Sverige i mitten, näst efter USA. Österrike och Finland har det högsta antalet medan Frankrike och Grekland har det lägsta.

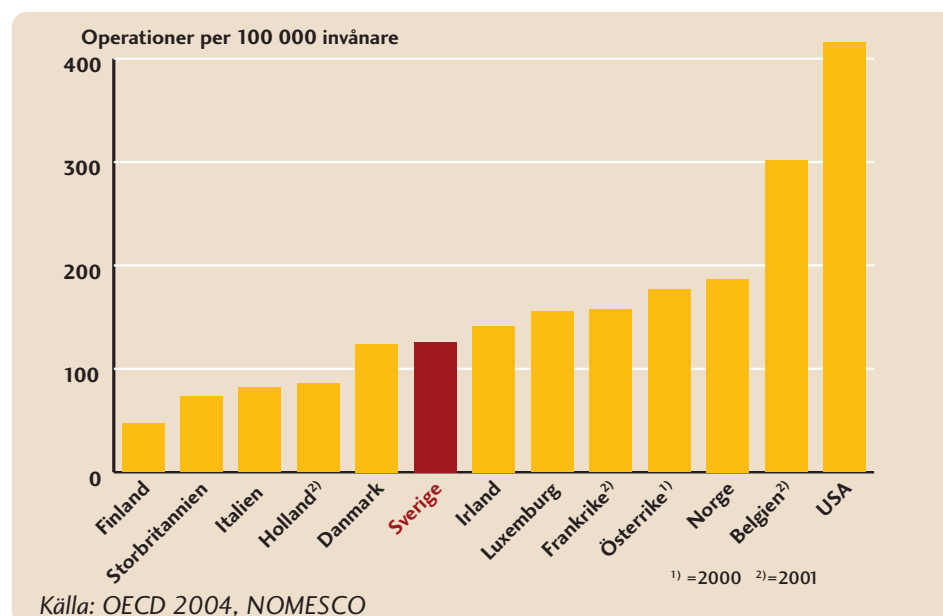
### Antal MRA-enheter per 1 miljon invånare 2002.



De huvudsakliga behandlingsalternativen för hjärt- och kärlsjukdomar är trombolys, ballongvidgning (PCI) eller kranskärloperation.

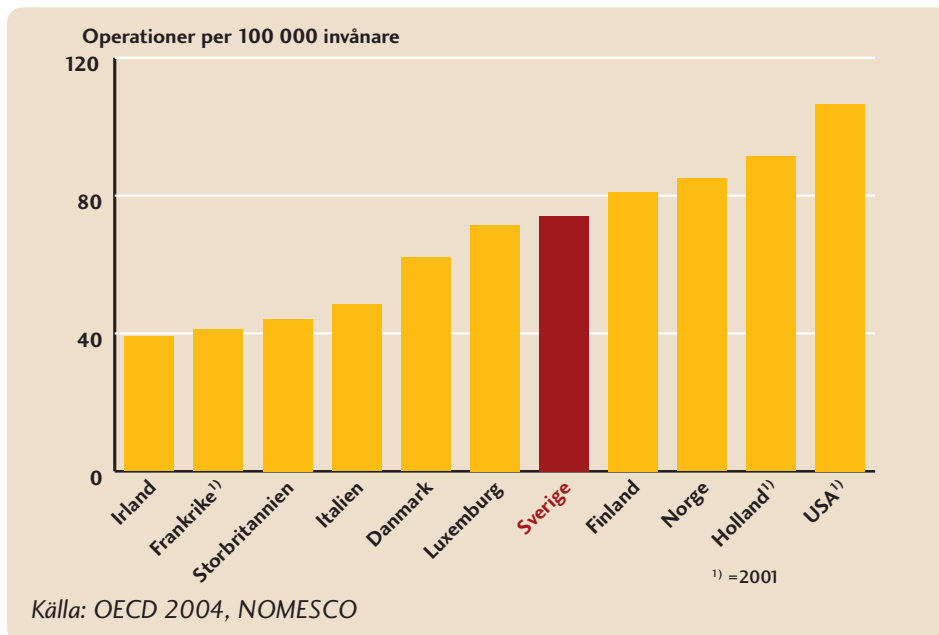
För ballongvidgning (PCI) varierar operationsfrekvensen från USA:s drygt 400 operationer per 100 000 invånare till Finlands 47. I Sverige görs 126 operationer per 100 000 invånare.

### Antal ballongvidgningar vid kranskärloperation (PCI) per 100 000 invånare 2002.



För kranskärloperationer varierar operationsfrekvensen från 40 (Irland och Frankrike) till drygt 100 operationer per 100 000 invånare (USA) år 2002. I Sverige genomförs 74 kranskärloperationer per 100 000 invånare.

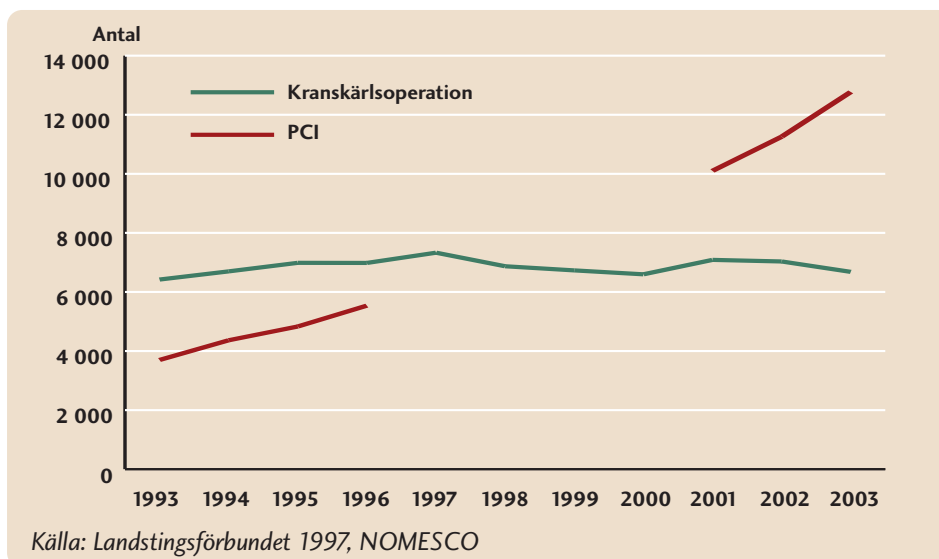
### Antal kranskärloperationer per 100 000 invånare 2002.



De ökade möjligheterna att behandla kärlsjukdomar har ökat efterfrågan och utvecklingen för alternativen kranskärloperationer och ballongvidgningar (PCI). Med förbättrad teknik och ökad erfarenhet har åldersgränsen successivt flyttats uppåt. I Sverige har andelen kranskärlopererade patienter som fyllt 75 år ökat från 18 till 25 procent mellan 1993 och 2003.

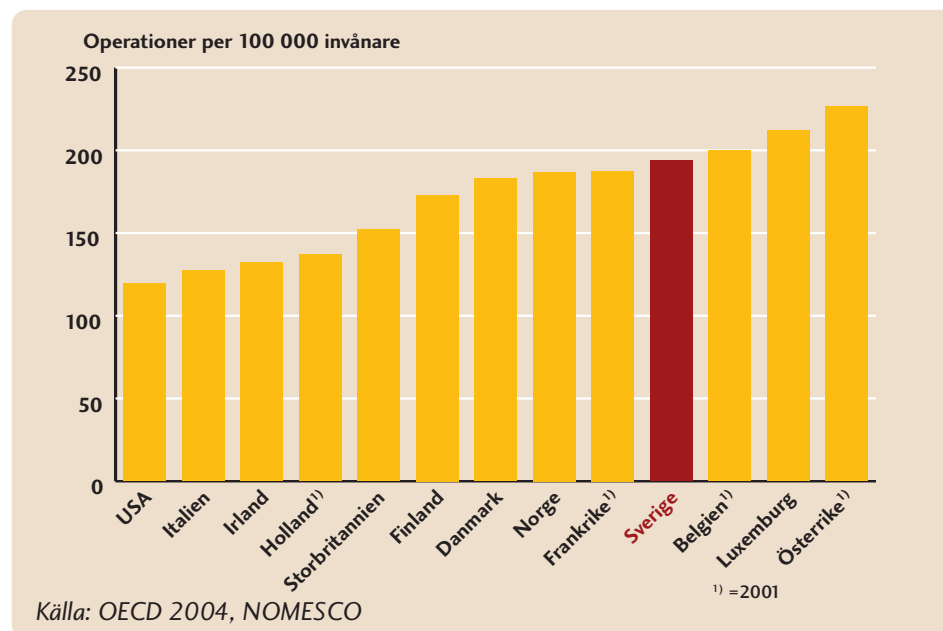
Vid 90-talets början var kranskärloperation vanligast och dubbelt så många gjordes jämfört med antal PCI operationer. Tio år senare är förhållandet det omvända, d.v.s. nu görs nästan dubbelt så många PCI operationer som kranskärloperationer.

### Antal kranskärloperationer (bypass) och ballongvidgningar (PCI) 1993–2003.



I Sverige gjordes knappt 200 höftledsoperationer per 100 000 invånare år 2002, vilket placerar Sverige på fjärde plats efter Österrike, Luxemburg och Belgien. Irland, Italien och USA låg lägst.

### Antal höftledsoperationer per 100 000 invånare 2002.



Andelen reoperationer, en kvalitetsindikator för höftledsoperationer, är i Sverige 11 procent av alla höftledsoperationer (primära + revisioner) under perioden 1992–2000. I Norge, Danmark och England görs nästan 50 procent fler reoperationer och i Finland drygt 100 procent fler.

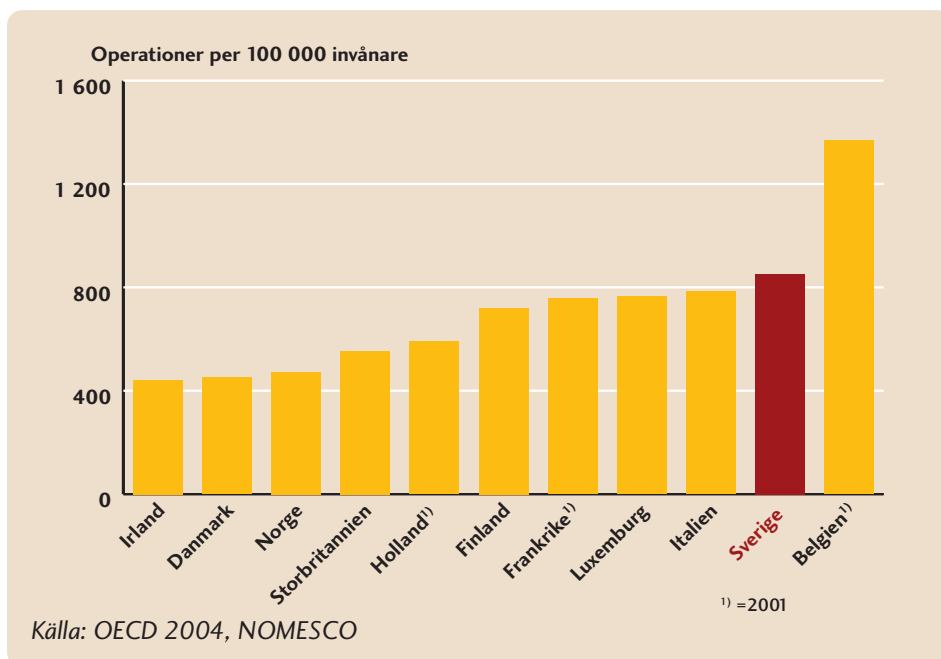
### Revisionsbördan (RB) för höftledsplastik; andelen revisioner i förhållande till primära operationer och revisioner.

Land	År	Revisionsbördan (RB)
Sverige	1979–2000	8%
Sverige	1992–2000	11%
Sverige	1992–2000 patienter >65 år	6%
USA Medicare	1998	18%
Norge	1987–1999	15%
Danmark	1995–1999	15%
Finland	1995–1999	24%
England	2000	15%

Källa: Svenska Nationalregistret för Höftledsplastiker 2002

I Sverige gjordes 850 gråstaroperationer per 100 000 invånare under år 2002, vilket placerar Sverige på andra plats efter Belgien med Italien, Frankrike och Luxemburg på ungefär samma nivå. Irland, Danmark och Norge ligger på en väsentligt lägre nivå med knappt 500 operationer per 100 000 invånare.

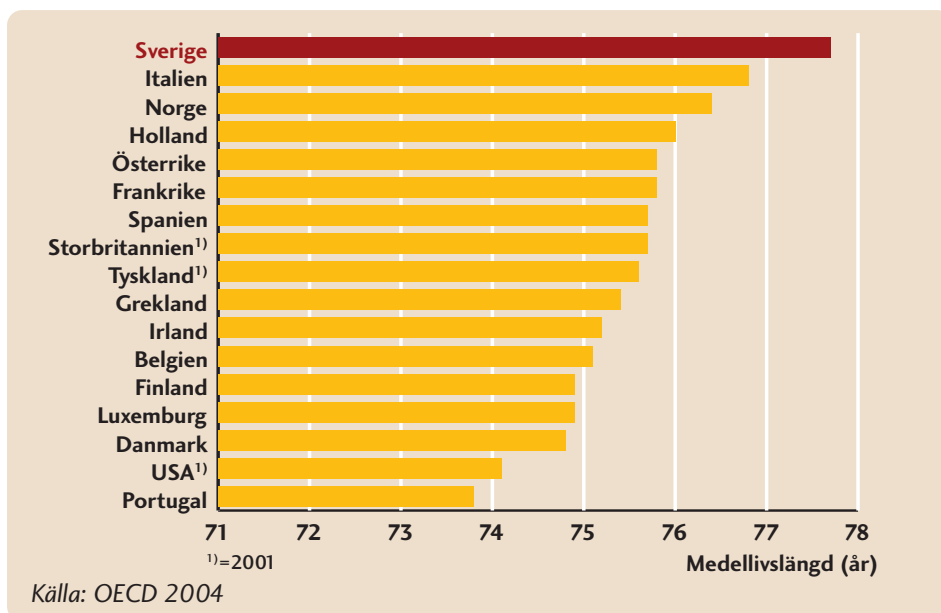
### Antal gråstaroperationer per 100 000 invånare 2002.



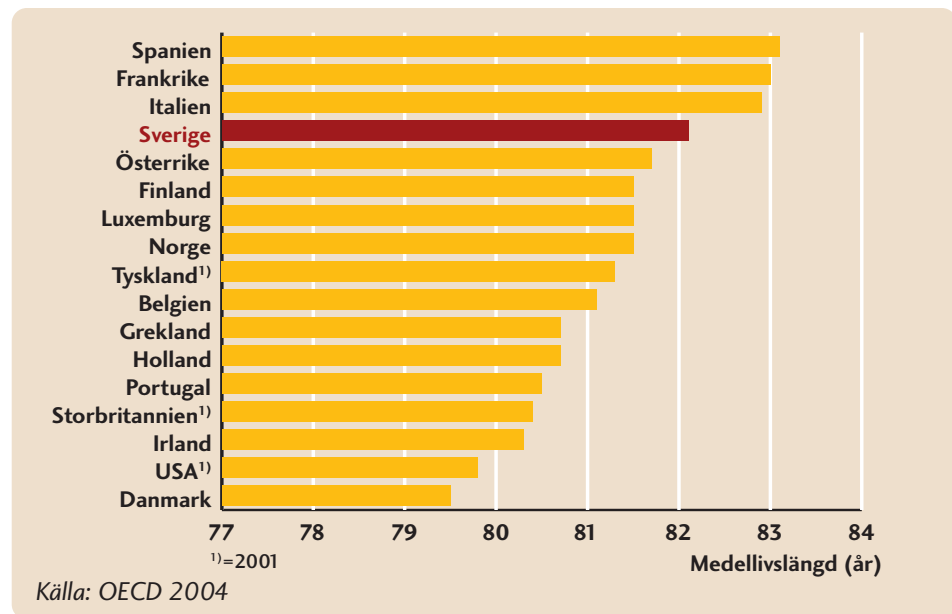
### RESULTAT

År 2002 levde svenska män längst med 77,7 år. Medellivslängden för kvinnor var längst i Spanien och Frankrike med 83,0 år jämfört med Sveriges 82,1 år. Skillnaden i livslängd mellan kvinnor och män var minst i Sverige med 4,4 år, att jämföra med Spanien där skillnaden var 7,4 år.

### Förväntad medellivslängd för en nyfödd pojke 2002.

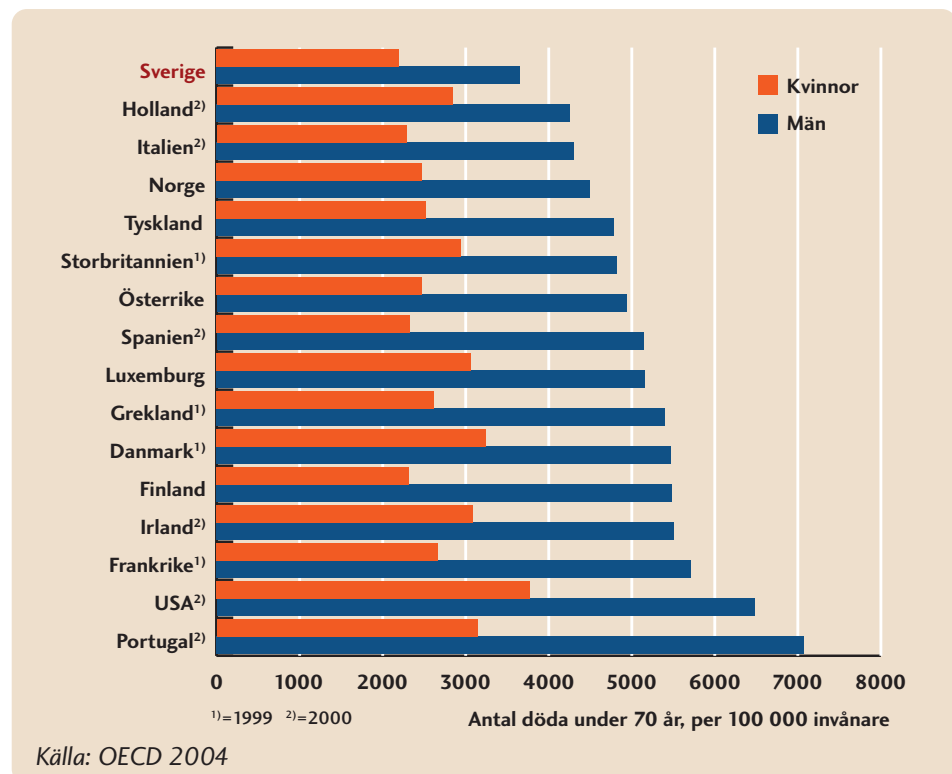


### Förväntad medellivslängd för en nyfödd flicka 2002.



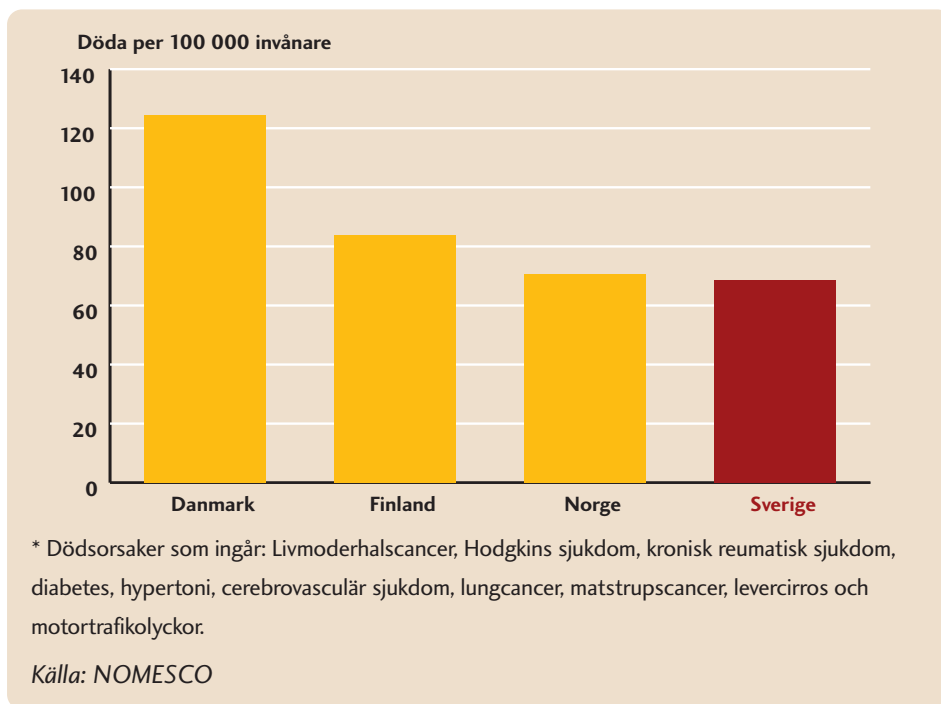
En annan ofta använd indikator är på hälsa är "för tidig död". Alla som dör före 70 års ålder antas dö i förtid. Detta mått är inte helt korrelerat med den återstående medellivslängden. Sverige har för både män och kvinnor det lägsta antalet förlorade år.

### För tidig död 2001 under 70 år.



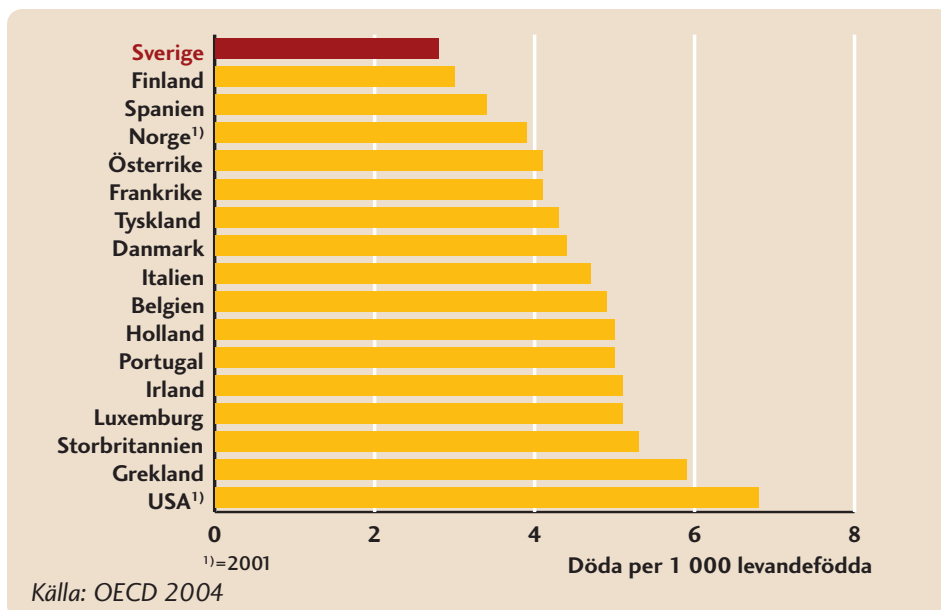
Åtgärdbar dödlighet är en indikator som är mer inriktad på att visa på vad hälso- och sjukvården åstadkommer genom förebyggande och direkta hälso- och sjukvårdsinsatser. Bland de nordiska länderna har Sverige lägst åtgärdbar dödlighet.

### Åtgärdbar dödlighet\*, 2001.



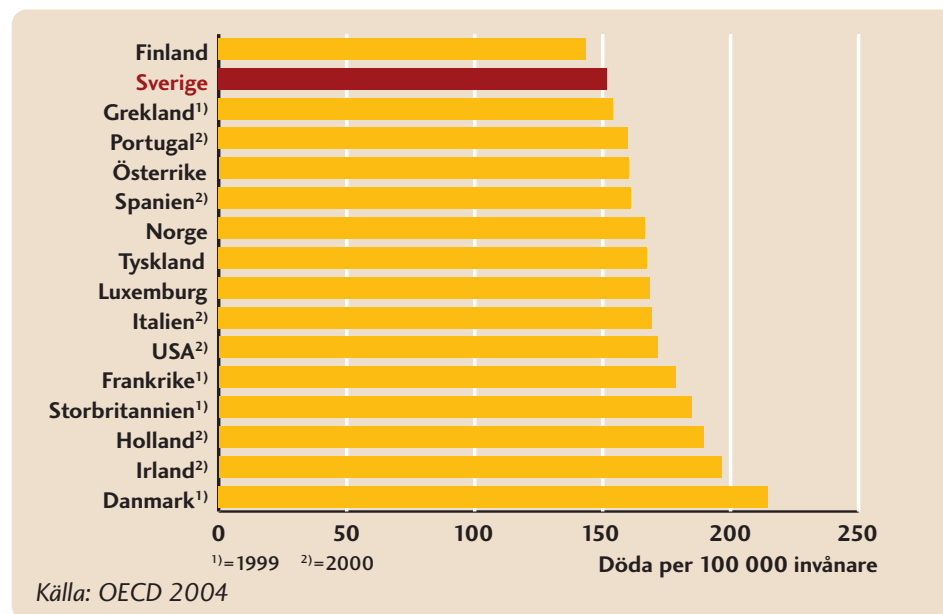
Sverige har den lägsta barnadödligheten. Under år 2002 dog i Sverige under första levnadsåret 2,8 barn per 1 000 levande födda. Den genomsnittliga spädbarnsdödligheten inom EU var 4,5 barn per 1 000 levande födda. USA hade den högsta barnadödligheten med nästan 7 döda barn per 1 000 levande födda.

### Spädbarnsdödlighet 2002.



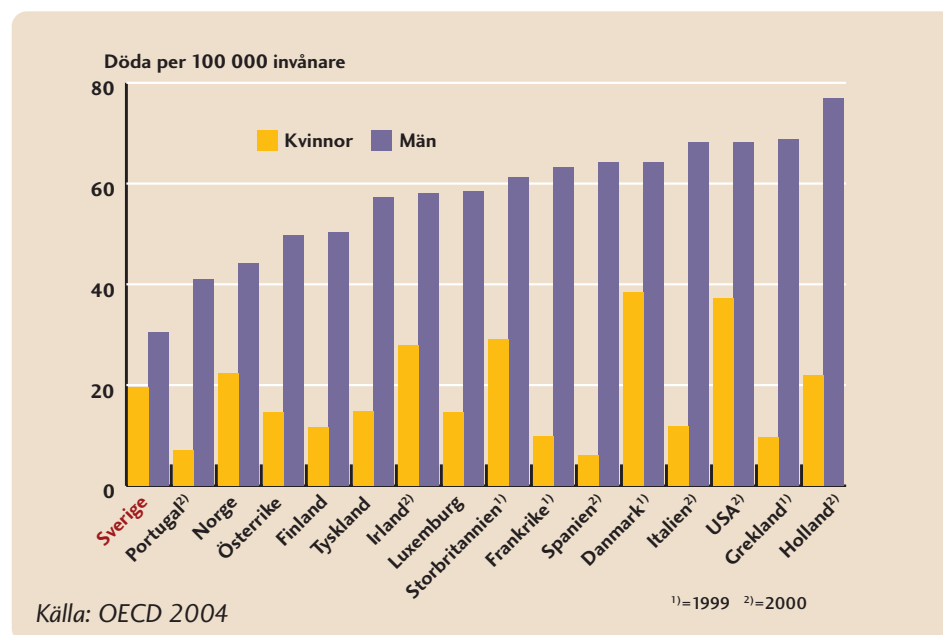
Finland och Sverige har de lägsta dödstalen per 100 000 invånare i cancer. Medan Frankrike, Storbritannien och Holland har 20–25 procent högre dödlighet.

#### Antal döda av cancer per 100 000 invånare 2001.



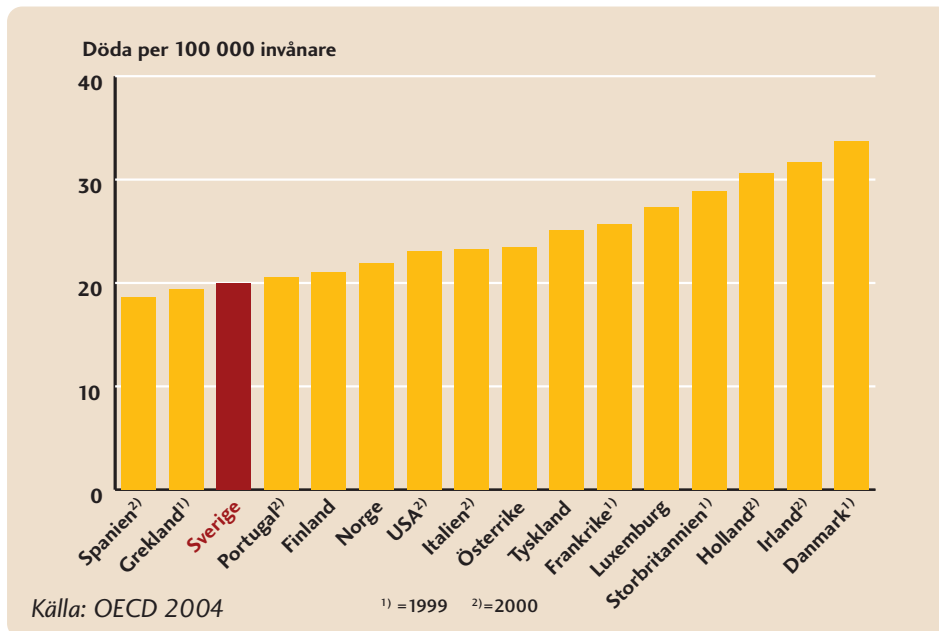
Skillnaden mellan könen för lungcancer framgår av nedanstående diagram. Dödligheten bland män är högre än för kvinnor. Sverige har den lägsta dödligheten bland män. För kvinnor har Spanien lägst dödlighet. Sverige ligger på 10:e plats.

#### Antal döda män och kvinnor i lungcancer per 100 000 invånare 2001.



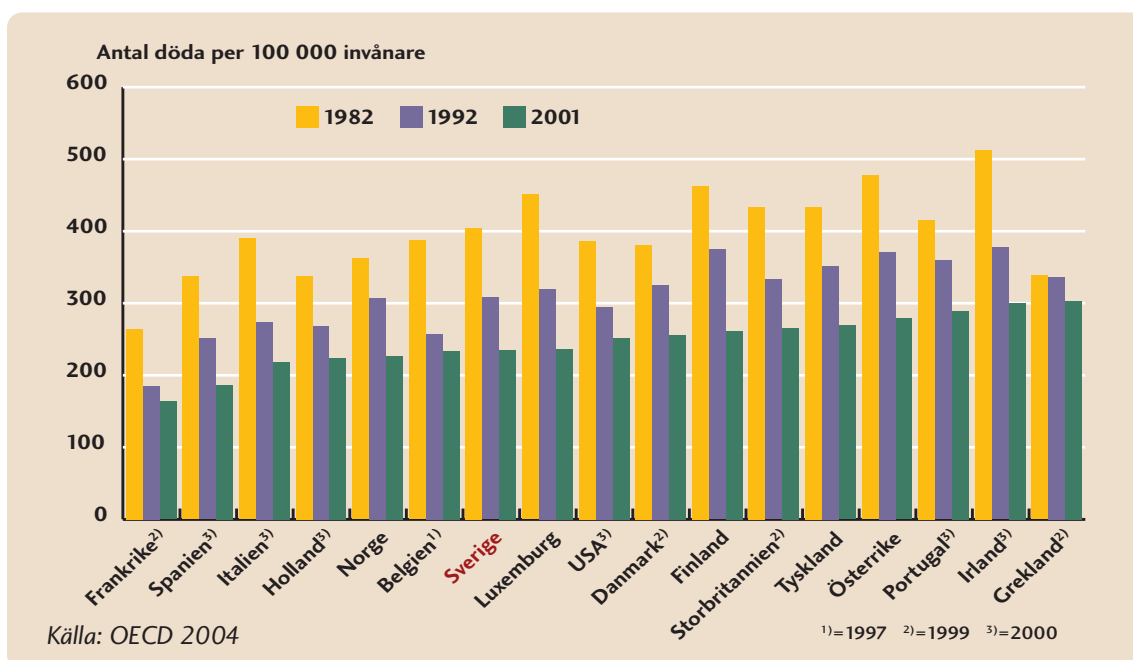
Antal döda i bröstcancer varierar mellan 19 och 34 per 100 000 invånare och år. Lägst ligger Spanien med 18, Sverige ligger trea med 20 döda per 100 000 invånare.

### Antal döda i bröstcancer per 100 000 invånare 2001.



Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar har minskat kraftigt under perioden 1995–2003. Det beror bland annat på ökad behandling med blodproppshämmande, blodfettssänkande och blodtryckssänkande läkemedel samt tidiga kranskärls-ingrepp. Den minskade dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar är den viktigaste förklaringen till att medellivslängden ökat så mycket på senare år. Frankrike ligger bäst till medan Sverige ligger på sjunde plats.

### Antal döda i hjärt- och kärlsjukdomar per 100 000 invånare 2001.



När det gäller dödlighet efter hjärtinfarkt finns inte jämförbar statistik. Däremot finns data från en studie gjord av WHO:s i det s.k. MONICA-projektet. Enligt denna studie tillhör Sverige de länder i världen som har lägst dödlighet efter hjärtinfarkt. En sammanställning från studien redovisas i tabellen nedan.

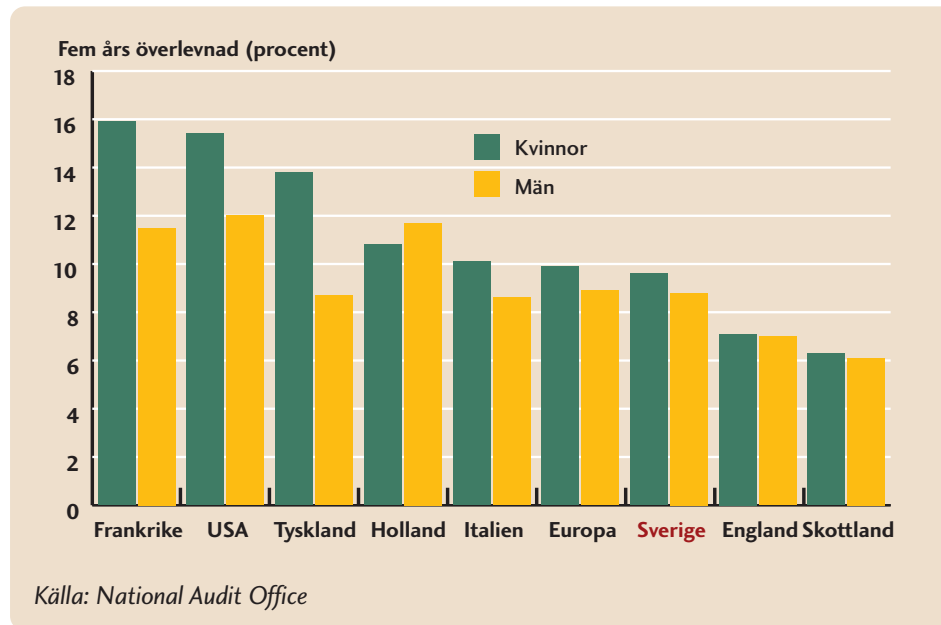
**Dödlighet inom 28 dagar efter hjärtinfarkt från WHO:s 31 MONICA-centra. Andel döda totalt inom 28 dagar, andel döda före sjukhusläggning och andel döda inom 28 dagar av dem som inlagts på sjukhus levande. Rangordnade efter sjukhusinlagda män.**

Länder/områden	MÄN			KVINNOR		
	Totalt	Före sjukhus	Sjukhusinlagda	Totalt	Före sjukhus	Sjukhusinlagda
Schweiz	34	29	7			
Sverige (Göteborg)	44	37	10	46	37	14
Sverige (norra)	32	24	11	32	18	17
Frankrike (Toulouse)	36	27	12	54	43	21
Australien (Newcastle)	37	29	13	40	25	19
Island	32	23	13	32	16	19
Australien (Perth)	35	24	15	39	20	25
Spanien (Katalonien)	35	24	15	49	29	27
Nya Zeeland (Auckland)	47	39	15	50	35	23
Storbritannien (Belfast)	40	28	15	38	25	17
Italien (Brianza)	40	29	16	43	30	19
Storbritannien (Glasgow)	44	33	16	41	28	18
Kanada (Halifax)	34	21	17	29	16	14
USA (Stanford)	43	30	19	55	35	32
Belgien (Gent-Charleroi)	46	32	19	53	35	28
Frankrike (Strasbourg)	46	34	20	56	44	23
Italien (Friuli)	44	30	20	46	25	28
Finland	48	34	21	39	20	24
Tyskland (Bremen)	49	35	22	51	37	22
Jugoslavien (Novi Sad)	54	40	23	57	42	26
Tyskland (Öst)	50	34	24	50	34	24
Frankrike (Lille)	57	41	27	71	49	43
Litauen (Kaunas)	57	42	28	54	38	26
Polen (Warszawa)	59	43	28	54	34	30
Tyskland (Augsburg)	58	41	29	67	41	44
Danmark (Glostrup)	56	37	30	65	38	44
Ryssland (Moskva)	69	55	31	70	52	38
Polen (Tarnobrzeg)	85	78	32	86	78	36
Kina (Beijing)	61	42	33	80	54	57
Tjeckien	56	34	33	54	31	33

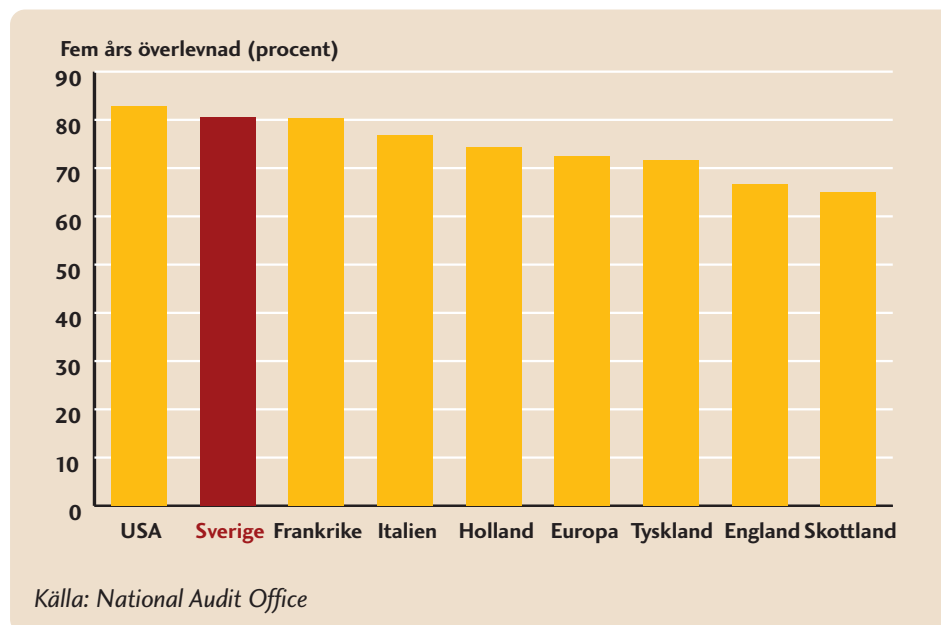
Källa: Folkhälsorapport 2001, Socialstyrelsen

De två vanligaste cancerformerna i Sverige – bröstcancer bland kvinnor och prostatacancer bland män – utgör en tredjedel av all cancer. *National Audit Office* i London har sammanställt och publicerat material med femårsöverlevnad för några cancertyper först diagnosticerade mellan 1985 och 1989.

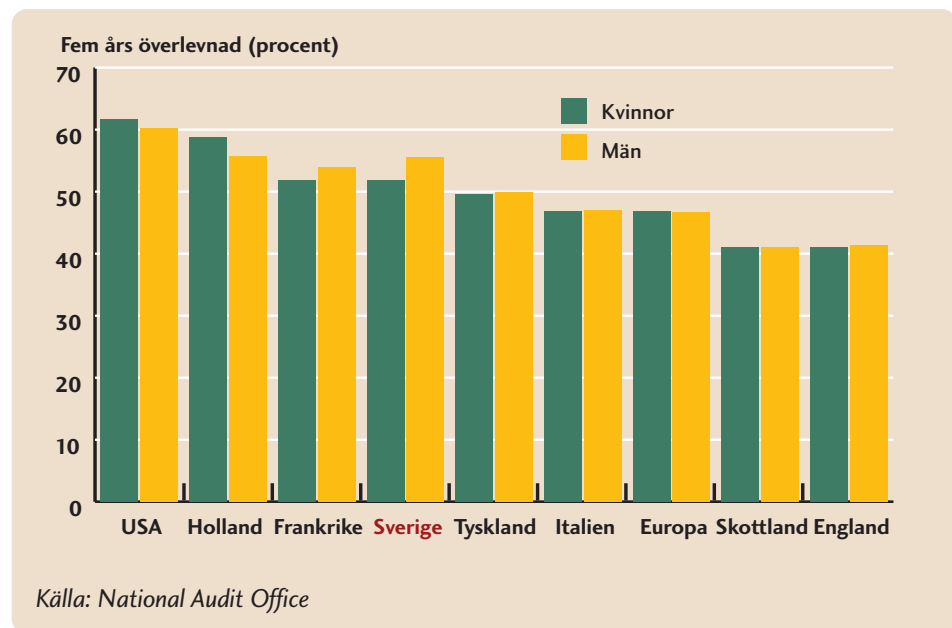
### Fem års överlevnad för lungcancer.



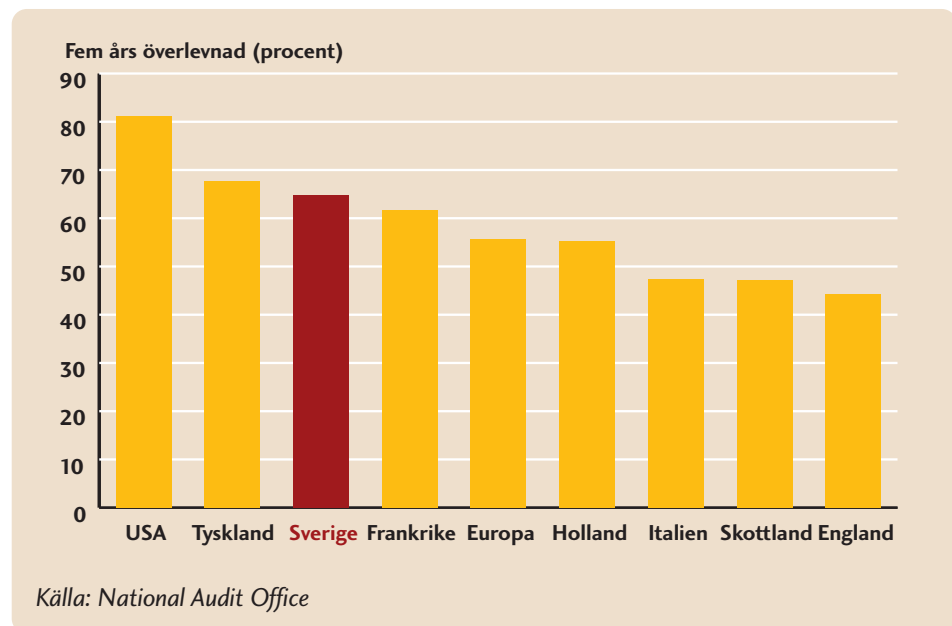
### Fem års överlevnad för bröstcancer.



### Fem års överlevnad för grovtarmscancer.



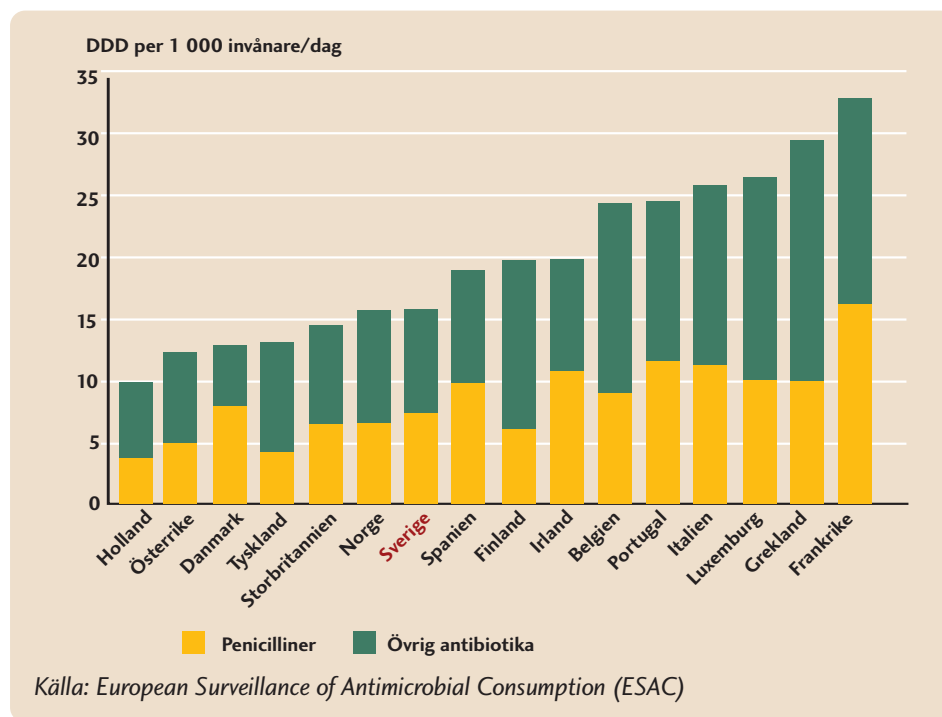
### Fem års överlevnad för prostatacancer.



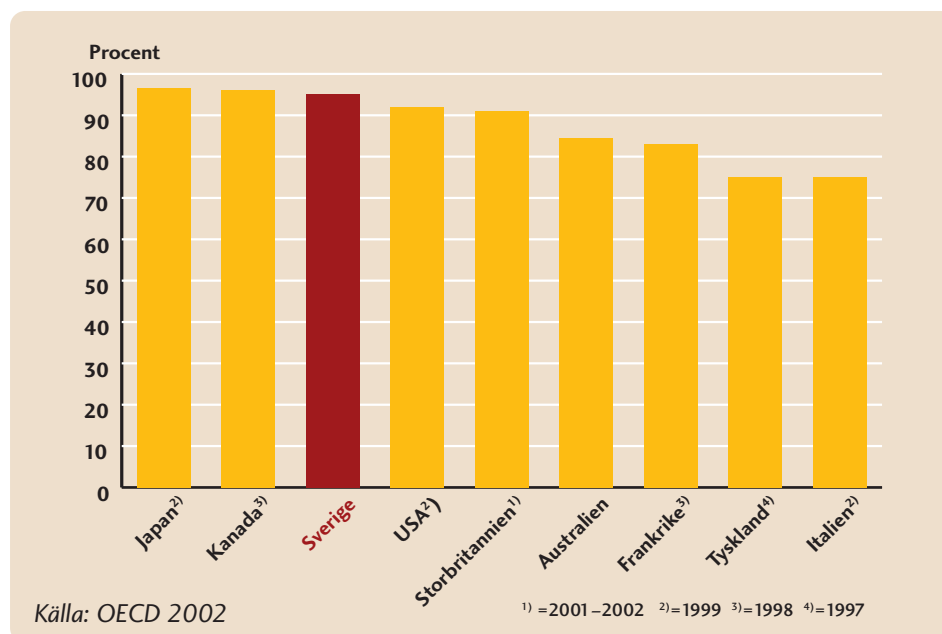
## VISSA FÖREBYGGANDE INSATSER

Antibiotika är läkemedel som bör hanteras varsamt bl.a. för att undvika resistensutveckling. Sverige har relativt låg användning i detta avseende av antibiotika och en förhållandevis gynnsam resistenssituation.

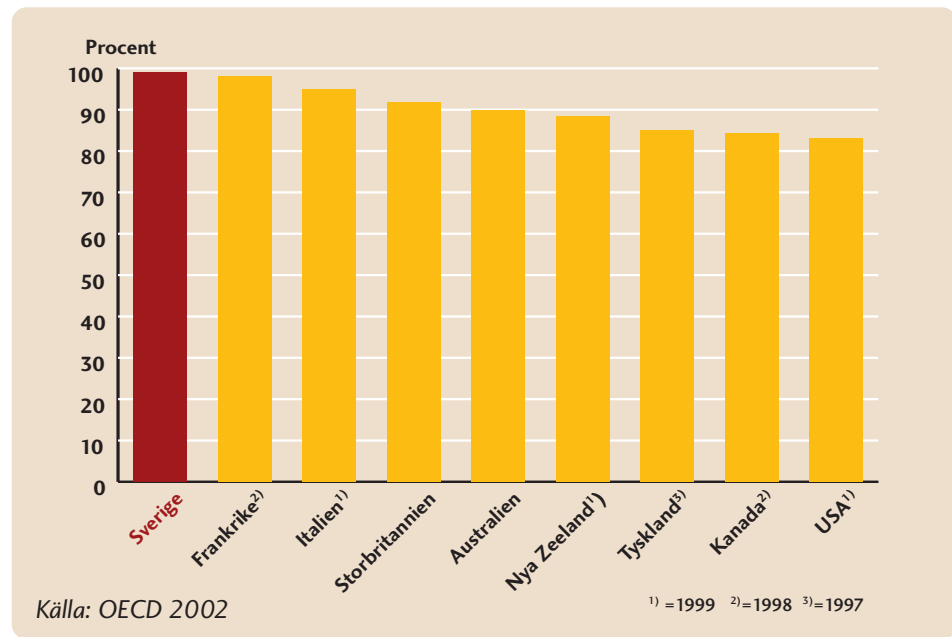
### Försäljning av antibiotika i öppen vård 2001.



### Andel barn vaccinerade mot mässling, 2000.



Andel barn vaccinerade mot difteri, stelkramp och kikhosta, 2000.



# Diagram- och tabellförteckning

## Diagram

Innehåll i index för hälsostatus och sjukvårdssystem, 2001	7
Befolkning 80 år och äldre i procent av totalbefolkningen 2002	10
Kostnad för hälso- och sjukvård per invånare 2002	11
Kostnadsökning för hälso- och sjukvård per invånare 1994–2002	11
Andel av BNP till hälso- och sjukvården 1982, 1992 och 2002	12
Andel sysselsatta inom hälso- och sjukvården av samtliga sysselsatta 2002	13
Läkare per 1 000 invånare 2002	14
Sjuksköterskor per 1 000 invånare 2002	14
Vårdplatser per 1 000 invånare 2002	15
Medelvårdtid 2002. Korttidsvård	15
Antal MRA enheter per 1 miljon invånare 2002	16
Antal ballongvidgningar vid kranskärlsoperation (PCI) per 100 000 invånare 2002	16
Antal kranskärlsoperationer per 100 000 invånare 2002	17
Antal kranskärlsoperationer (bypass) och ballongutvidgningar (PCI) 1993–2003	17
Antal höftledsoperationer per 100 000 invånare 2002	18
Antal gråstarroperationer per 100 000 invånare 2002	19
Förväntad medellivslängd för en nyfödd pojke 2002	19
Förväntad medellivslängd för en nyfödd flicka 2002	20
För tidig död 2001 under 70 år	20
Åtgärdbar dödlighet 2001	21
Spädbarnsdödlighet 2002	21
Antal döda av cancer per 100 000 invånare 2001	22
Antal döda män och kvinnor i lungcancer per 100 000 invånare 2001	22
Antal döda i bröstcancer per 100 000 invånare 2001	23
Antal döda i hjärt- och kärlsjukdomar per 100 000 invånare 2001	23
Fem års överlevnad för lungcancer	25
Fem års överlevnad för bröstcancer	25
Fem års överlevnad för grovtarmscancer	26
Fem års överlevnad för prostatacancer	26
Försäljning av antibiotika i öppen vård 2001	27
Andel barn vaccinerade mot mässling 2000	27
Andel barn vaccinerade mot difteri, stelkramp och kikhosta 2000	28

## Tabeller

Sammanvägda resultat (hälsostatus, icke medicinska faktorer och hälsoeffekter)	6
Ranking av länder efter olika hälsoindex	8
Jämförelse av ranking baserad på förväntade levnadsår utan funktionshinder (1999) och dödlighet påverkbar av sjukvården (1998)	9
Kostnad för hälso- och sjukvård per invånare (US dollar) och som andel av BNP år 2002	13
Revisionsbörda för höftledsplastik	18
Dödlighet inom 28 dagar efter hjärtinfarkt från WHO:s 31 MONICA-centra	24

# Appendix:

## Beskrivning av hälso- och sjukvårdssystem i olika länder

Sjukvårdssystemen är olika utformade i olika länder. Här redovisas en översikt av systemen i 12 OECD-länder.

- De nordiska grannländerna, som liknar Sverige socialt och ekonomiskt och som alltid framstått som naturliga att jämföra oss med.
- Storbritannien, som liksom vi är skattefinansierat men i motsats till oss har en nationell finansiering och styrning.
- Tre kontinentala länder: Frankrike, Holland och Tyskland. De har alla försäkringssystem, men med olika utformning.
- Tre övriga OECD-länder (Australien, Kanada och Nya Zeeland), vilkas system har betydande skillnader men också grundläggande likheter med vårt.
- USA, som skiljer sig från alla andra genom sin i grunden privata finansiering. Men där ändå den offentliga finansieringen ökar sin andel stadigt.

Det som redovisas är en kortfattad presentation av följande nyckelfaktorer:

- Vem omfattas av systemet?
- Vad täcks?
- Finansiering?
- Vårdsystemets organisation?
- Hur kontrolleras kostnaderna?

I förteckningen används ett antal termer för olika typer av privata försäkringar:

- Duplikat  
Dubblerar offentliga försäkringar.
- Substitut  
Täcker vad som annars skulle ha täckts av offentliga försäkringar om personen mält sig ut
- Komplementär  
Täcker det som inte täcks av försäkringen, t.ex. patientavgifter.
- Supplementär  
Ger snabbare tillgång till vård eller ökad valfrihet.

## Sverige

Vem omfattas av systemet?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Universell täckning.</b></li></ul>
Vad täcks?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tjänster</b> Det finns ingen precisering av vilka tjänster som ingår. I stället finns det tre övergripande principer för hälso- och sjukvården: lika rätt, vård efter behov samt kostnadseffektivitet. För tandvård gäller att denna är fri för barn- och ungdomar upp till 19 år. För vuxna finns viss täckning av dyrare behandlingar. Fritt val av utförare. I vissa fall krävs remiss, särskilt vid val av vårdgivare utanför det egna landstinget.</li><li>• <b>Kostnadsdelning</b> Avgifter för läkarbesök (även i primärvården) samt för flertalet besök hos annan vårdgivare. Varje landsting sätter själva avgifterna, men det finns ett nationellt enhetligt tak för hur mycket en patient betalar under en tolv månadersperiod (högkostnadsskydd). Patienterna betalar en del av läkemedelskostnaderna, för dessa finns ett särskilt högkostnadsskydd. Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar är avgiftsfri. Patientavgifter svarar för ca 3 % av totala hälso- och sjukvårdens kostnader.</li></ul>
Finansiering?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Lokala/regionala skatter</b> Huvuddelen av den offentliga finansiering kommer från landstingskatten (proportionell inkomstskatt). Den svarar för drygt 70% av hälso- och sjukvårdskostnaderna. Den sjukvård för äldre och funktionshindrade som äger rum i eget eller särskilt boende finansieras i huvudsak av (lokala) kommunala skatter.</li><li>• <b>Statsbidrag</b> Nationella bidrag täcker ungefär 20% av kostnaderna.</li><li>• <b>Privat försäkring</b> Privat försäkring täcker mindre än 1% av befolkningen och står för ca 2 promille av finansieringen. Det finns inga skatteavdrag för privata försäkringar.</li></ul>
Vårdsystemets organisation?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Läkare</b> Primärvårdsläkare är till största delen anställda av landstingen. Vissa primärvårdsläkare arbetar privat med vårdavtal med landstingen.</li><li>• <b>Sjukhus</b> I huvudsak offentliga, drivna av landstingen. Det finns ett fåtal privata sjukhus, som i allmänhet har avtal med landstingen Öppenvårdsläkare vid sjukhus är anställda av sjukhusen.</li><li>• <b>Offentligt inflytande</b> Landstingen och kommunerna är i huvudsak såväl finansörer som utförare av vården. De är ansvariga för planering och resursfördelning. Ca 10 % av vården utförs av privata vårdgivare, i primärvården ca 25%. Den nationella regeringen har i ökad utsträckning lagt fram program och planer för olika delar av sjukvården. Socialstyrelsen har ansvar för tillsynen av personal och verksamhet.</li></ul>
Hur kontrolleras kostnaderna?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Totalkostnaderna kontrolleras huvudsakligen genom globala (landstings- och kommunvisa) budgetar.</b> Periodvis har också funnits avtal mellan staten och landstingen/kommunerna om begränsningar av kostnadsökningar, skattestopp m.m.</li><li>• <b>SBU främjar effektivt utnyttjande av resurserna genom att utvärdera såväl nya som etablerade metoder inom hälso- och sjukvården.</b></li></ul>

## Danmark (efter reformen 2006)

Vem omfattas av systemet?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alla medborgare.</li></ul>
Vad täcks?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Öppen och sluten sjukhusvård; allmänläkarvård.</li><li>• Kostnadsdelning</li></ul> <p>16% av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården täcks med avgifter (motsv.) från patienterna (<i>out-of-pocket</i>).</p>
Finansiering?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fr.o.m 2006 avskaffas <i>amten</i>. Fem nya regioner (med direktvalda politiker) övertar uppgifterna. Staten övertar finansieringsansvaret, men formerna för detta är fortfarande oklara.</li><li>• Privat försäkring</li></ul> <p>Frivillig privat försäkring (komplementär, supplementär) är vanlig; omfattar c:a 40% av befolkningen men endast några få procent av kostnaderna; dock avsevärt större andel för tandvård och läkemedel.</p> <p>Flertalet (1,8 milj.) danskar är försäkrade i <i>denmark</i>, som är en icke vinstdrivande organisation bildad när de gamla sjukförsäkringarna avskaffades 1973. Man kan välja mellan tre olika premie- och förmånsklasser.</p> <p>250 000–300 000 danskar är försäkrade i kommersiella bolag, nästan uteslutande för elektiv kirurgi och vanligtvis betalt av arbetsgivaren.</p> <p>Varken <i>denmark</i> eller de kommersiella bolagen täcker akut vård; listan över tjänster där är ungefär 15% av sjukhusens behandlingar.</p>
Vårdsystemets organisation?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Läkare</li></ul> <p>Allmänläkarna är husläkare; egna företagare kontrakterade av kommunerna. Ersättningssystemet har i stora drag varit oförändrat sedan början av 70-talet med ungefär en tredjedel kapitation och resten ersättning per prestation (<i>fee-for-service</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sjukhus</li></ul> <p>Flertalet sjukhus offentliga. Staten har finansieringsansvar och driftansvar. Successivt införande av <i>DRG</i>. Nu omfattar detta betalningssystem ungefär 20% av kostnaderna.</p> <p>Flera privata (vinstdrivande) sjukhus, varav inget bedriver akut vård. De svarar för mindre än 1% av antalet vårdplatser.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Offentligt ansvar</li></ul> <p>Staten styr som lagstiftare, finansieringsansvarig och driftsansvarig.</p>
Hur kontrolleras kostnaderna?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Troligen genom en global budget av något slag, men formerna är ännu oklara.</li></ul>

## Finland

Vem omfattas av systemet?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alla medborgare.</li></ul>
Vad täcks?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Öppen och sluten sjukhusvård; allmänläkarvård; förebyggande vård; rehabilitering.</li><li>• Kostnadsdelning</li></ul> <p>20 % av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården täcks med avgifter (motsv.) från patienterna (<i>out-of-pocket</i>).</p>
Finansiering?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Offentlig finansiering</li></ul> <p>Sjukvården är ett primärkommunalt ansvar. Kommunerna finansierar 43% av de totala kostnaderna.</p> <p>För specialistsjukvård sker obligatorisk samverkan i kommunalförbund (sjukhus-distrikt).</p> <p>Kommunerna förhandlar årligen om volymer och priser med respektive sjukhus-distrikt.</p> <p>Statsbidragen utgår till kommunerna, inte till producenterna. De uppgår till 18% av de totala kostnaderna. Till detta kommer 15% från den nationella försäkringen (avser bl.a. läkemedel).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Privat försäkring</li></ul> <p>Ungefär 10% av befolkningen täcks av privat försäkring (duplikat, komplementär, supplementär); motsvarar c:a 3% av kostnaderna. En viss ökning har skett under senare år, främst kopplat till rehabilitering</p> <p>Delvis sker detta inom ramen för företagshälsovården.</p>
Vårdsystemets organisation?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Läkare</li></ul> <p>Primärvården drivs sedan 70-talet av hälsocentralerna, som är en organisation inom vilken ett antal kommuner samverkar. Valfriheten till läkare (liksom till sjukhus) är i praktiken rätt begränsad, sedan 1980-talet har dock ett system med egenläkare utvecklats. Detta innebär att ett vårdlag har ansvaret för en geografiskt avgränsad befolkning.</p> <p>De flesta primärvårdsläkare är anställda på lönebasis. I egenläkarsystemet avlönas läkarna med en kombination av lön (60%), kapitering (20%), <i>fee-for-service</i> (15%) och ersättning från kommunerna (5%).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sjukhus</li></ul> <p>Sjukhusen är offentliga.</p> <p>DRG används sedan början av 90-talet i ökad utsträckning.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Offentligt inflytande</li></ul> <p>Sedan reformering i början på 90-talet har statens detaljstyrning minskat. Inriktningen är nu i stället att styra med hjälp av information, ramlagar och försöksprojekt. Vissa saker kvarstår dock under statlig reglering, exempelvis tak för patientavgifter.</p>
Hur kontrolleras kostnaderna?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Förhandlingarna mellan kommunerna och sjukhusdistrikten resulterar i en global budget.</li></ul>

## Norge

Vem omfattas av systemet?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alla medborgare.</li></ul>
Vad täcks?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Öppen och sluten sjukhusvård; allmänläkarvård. Fritt sjukhusval.</li><li>• Kostnadsdelning 14 % av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården täcks med avgifter (motsv.) från patienterna (<i>out-of-pocket</i>).</li></ul>
Finansiering?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Offentlig finansiering 85% av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård är offentligt finansierade.</li><li>• Privat försäkring endast i obetydlig omfattning.</li></ul>
Vårdsystemets organisation?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Läkare Allmänläkarna är husläkare; egna företagare kontrakterade av kommunerna. Liknar i allt väsentligt den danska modellen, även då det gäller ersättningssystem.</li><li>• Sjukhus Flertalet sjukhus offentliga. Staten har finansieringsansvar och driftansvar. Sjukhussektorn består nu av fem regionala hälsoföretag med sjukhus (hälsoföretag) som dotterbolag. I dotterbolagen ingår ofta flera sjukhus. Hälsoföretagen är ägare av dotterbolagen. Det förutsätts dock att man skall styra dem på armlängds avstånd, främst genom att utse styrelseledamöter. 50% av sjukhusens kostnader ersätts med DRG. Ett fåtal privata sjukhus, som svarar för ett liten del av den totala sjukvården men för en större del av den elektiv kirurgin.</li><li>• Offentligt ansvar Staten styr som lagstiftare, finansieringsansvarig och driftsansvarig. Även om hälsoföretagen är fristående juridiska personer kan staten utöva inflytande på olika sätt: a) genom stadgarna; b) genom utnämningen av ordförande; c) vid s.k. allmänna möten ge direkta ägardirektiv; d) vid styrelsemöten.</li></ul>
Hur kontrolleras kostnaderna?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Staten har kontroll över hälsoföretagen. Tak i ersättningssystemet.</li></ul>

## Storbritannien

Vem omfattas av systemet?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alla medborgare.</li></ul>
Vad täcks?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tjänster Förebyggande vård; öppen och sluten sjukhusvård; läkarvård; läkemedel i öppen och sluten vård; tandvård; mentalvård; och rehabilitering. Fritt val av husläkare (GP).</li><li>• Kostnadsdelning Relativt få områden som läkemedel i öppen vård (med vissa undantag) och tandvård. 8% av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården täcks med avgifter (motsv.) från patienterna (<i>out-of-pocket</i>).</li></ul>
Finansiering?	<ul style="list-style-type: none"><li>• National Health Service (NHS) År 1997 övergavs den interna marknaden och ersattes med integrerad vård, partnerskap och långsiktiga överenskommelser mellan utförare och uppdragsgivare. NHS finansieras av en mix av skatter och allmän försäkring.</li><li>• Privat försäkring Såväl vinstdrivande som icke vinstdrivande företag. 12% av befolkningen täcks av privat försäkring (duplikat, supplementär); motsvarar 4 % av kostnaderna.</li></ul>
Vårdsystemets organisation?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Läkare GPs är gatekeepers och organiseras i <i>Primary Care Trusts</i>, som har budgetansvaret för huvuddelen av vården för anslutna till PCT. Flertalet GPs betalas direkt av NHS centralt genom en kombination av <i>lön</i>, <i>kapitering</i> och <i>fee-for-service</i>. Några är lokalt anställda. Ett nytt kontrakt för GPs är under införande. Det innebär bl.a. mer lokala kontrakt. Privata läkare sätter sina egna taxor <i>fee-for-service</i>.</li><li>• Sjukhus Trusts Hospitals och Foundations Hospitals har betydande självständighet inom NHS. Har kontrakt med PCTs. Ersätts i ökande utsträckning genom DRG. Specialister arbetar i huvudsak vid sjukhusen, men kan ha vissa privata patienter. Viss elektiv kirurgi ges vid centra drivna av privata vårdgivare, upphandlade av NHS.</li><li>• Offentligt inflytande Systemet finansieras och styrs av regeringen. Parlamentet stiftar lagar och beslutar om generella policyfrågor.</li></ul>
Hur kontrolleras kostnaderna?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Regeringen fastställer budgeten för NHS. Särskilda insatser för att värdera ny teknologi genom NICE (National Institute for Clinical Excellence). Stora satsningar på att följa upp kostnader och kvalitet (the Healthcare Commission).</li></ul>

## Frankrike

Vem omfattas av systemet?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Socialförsäkringen täcker alla legalt boende i landet. 10% av befolkningen täcks av <i>Couverture Maladie Universal (CMU)</i>, som omfattar personer utan lön; anslutningen sker inte automatiskt utan man måste ansöka.</li></ul>
Vad täcks?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sluten och öppen vård vid sjukhus; allmänläkarvård; övrig specialistvård.</li><li>• Kostnadsdelning</li></ul> <p>Ett system med återbäringstaxa. Mellanskillnaden täcks till stor del av en kompletterande frivillig försäkring.</p> <p>2004 års reform innebär en mindre ej återbäringsberättigad avgift (10 euro) för läkarbesök.</p> <p>10% av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården täcks med avgifter (motsv.) från patienterna (<i>out-of-pocket</i>).</p>
Finansiering?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Offentlig försäkring</li></ul> <p>Den obligatoriska försäkringen består av tre olika system: för löntagare; för jordbrukare; för företagare. Den finansieras i huvudsak med en form av löntagaravgift från arbetsgivaren och till en mindre del av den enskilde.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Privat försäkring</li></ul> <p>90% av befolkningen täcks av en privat försäkring (komplementär, supplementär); motsvarar 13% av kostnaderna.</p> <p>Den frivilliga tilläggsförsäkringen tillhandahålls av olika typer av försäkringsgivare, även kommersiella försäkringsbolag. Anslutna via CMU (se ovan) får gratis frivillig tilläggsförsäkring.</p>
Vårdsystemets organisation?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Läkare</li></ul> <p>I huvudsak egenföretagare, som betalas <i>fee-for-service</i>. En nationell taxa förhandlas fram mellan försäkringskassorna och läkarnas organisationer.</p> <p>Reformen 2004 innebär att fransmännen skall ha en fast läkare, som har en viss grindvaktsfunktion. Denne läkare behöver dock ej vara allmänläkare. För att stimulera allmänläkarna att ta på sig en gatekeeperfunktion får de ett tillägg för registrerade patienter.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sjukhus</li></ul> <p>Sjukhusen i Frankrike är antingen offentliga (25%), icke-vinstdrivande (33%) eller vinstdrivande (40%). De offentliga sjukhusen står i huvudsak för akutvård, rehabilitering, långvård och psykiatri, medan de privata är inriktade på enklare kirurgi.</p> <p>Offentliga sjukhus ersätts efter en global budget. Vinstdrivande privata sjukhus får en fast ersättning för alla kostnader utom läkarkostnaderna, som betalas <i>fee-for-service</i>. Det finns avtal mellan sjukhuset och doktorn, vilket har lett till stora skillnader mellan doktorer, specialiteter och sjukhus. Icke vinstdrivande sjukhus kan välja mellan de båda ersättningssystemen.</p> <p>Läkarna är i huvudsak anställd, med lön. Under senare år har de dock tillåtits att deltid ta emot privata patienter på sjukhuset.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Offentligt inflytande</li></ul> <p>I det franska systemet finns en spänning mellan försäkringskassorna och staten på regional nivå. Den s.k. Juppéreformerna 1996 stärkte de regionala statliga organen. Det finns också ett starkt nationellt ministerium med ett omfattande planeringssystem.</p>

#### Hur kontrolleras kostnaderna?

- Det starka statliga inflytandet ger de tekniska instrumenten för kostnads-kontroll. Nationalförsamlingen sätter årligen ett tak för utgifterna i försäkrings-systemet (ONDAM<sup>1</sup>). Dessa mål har kontinuerligt överskridits. Ökad vikt har successivt lagts på utbudsstyrning. *Cost containment* har stått på dagordningen i 25 år. På olika sätt har man försökt att påverka såväl patienternas som doktorernas beteende och också begränsat antalet läkare. Hälsoministeriet skall godkänna investeringar, inkl. dyrare utrustning.

<sup>1</sup> *Objectif national des dépenses d'assurance maladie.*

## Holland

Vem omfattas av systemet?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alla upp till en viss inkomst tillhör obligatoriskt det offentliga systemet. Omfattar c:a 70% av befolkningen. Nästan hela de resterande 30% är privat försäkrade.</li></ul>
Vad täcks?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Normal, nödvändig vård (ZWF)</b> Obligatorisk försäkring för alla under en viss inkomst upp till 65 år. (Omkring 65% av befolkningen.) Andra försäkringssystem täcker statstjänstemän mf.fl. (5% av befolkningen). Övriga 30% är frivilligt privat försäkrade.</li><li>• <b>'Exceptionella' medicinska utgifter (ABWZ)</b> Offentlig universell försäkring, inkluderande bl.a. långtidsvård och mentalvård för personer med en inkomst under en viss gräns. Frivillig privat försäkring för höginkomsttagare. Frivillig tilläggsförsäkring för alla som vill.</li><li>• <b>Kostnadsdelning</b> Patientavgifter och självrisk i alla försäkringssystem.</li></ul>
Finansiering?	<ul style="list-style-type: none"><li>• ABWZ finansieras av försäkringspremier, lokala skatter och statsbidrag.</li><li>• Nationell skatt (relaterad till inkomsten, dragen av arbetsgivaren) till en nationell fond, som i sin tur förmedlar dem till kassorna. De försäkrade i ZFW betalar dessutom en tilläggspremie, ej inkomstrelaterad.</li><li>• Centrala statsbidrag till olika program, som (ännu) ej täcks av försäkringen.</li><li>• <i>Out-of-pocket</i> svarar för ungefär 9% av kostnaderna.</li><li>• Privat försäkring kan vara såväl substitut (täcker 28% av befolkningen) som supplement (täcker 64% av befolkningen) till den offentliga försäkringen. Totalt täcks alltså mer än 90% av befolkningen av någon form av privat försäkring. De privat substituetsförsäkrade betalar en 'solidaritets-avgift' till det offentliga systemet.</li></ul>
Vårdsystemets organisation?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Läkare</b> Allmänläkarna är husläkare med gatekeeperfunktion. De arbetar under ett nationellt kontrakt. GPs ersätts genom kapitering för ZFW-försäkrade och efter utförda åtgärder (<i>fee-for-service</i>) för privat försäkrade. Sjukhusspecialister är fristående företagare. Betalningsformer varierar.</li><li>• <b>Sjukhusen</b> Majoriteten sjukhus är privata, icke vinst-drivande. Sjukhusen har budgetar baserade på antal bäddar, patienter och läkare. Kapital-utgifter finansieras för sig. Från år 2000 har en viss prestationsrelatering tillkommit. Under successivt införande är ett DRG-liknande system, Diagnosis Treatment Combinations (DBC).</li><li>• <b>Offentligt inflytande</b> Ansvaret för att hantera försäkringssystemet ligger på regionala råd, som kontrakterar utförarna, samlar in avgifterna och formar regionala allianser för samverkan. Den nationella regeringen godkänner alla kontrakt, som förhandlats fram av de regionala råden, försäkringsgivarna och utförarna.</li></ul>
Hur kontrolleras kostnaderna?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kontrakten anger volymer och ersättningar. Dessa godkänns sedan av den nationella regeringen, som sätter ett tak för ersättningarna.</li></ul>

## Tyskland

Vem omfattas av systemet?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Upp till en viss inkomst måste alla anställda tillhöra en sjukförsäkringskassa. De olika kassorna ger i princip samma täckning. 88% av befolkningen är anslutna till det obligatoriska systemet.</li></ul> <p>Personer ovanför denna gräns har rätt mäla sig ur systemet och ordna privat täckning. Detta gäller knappt 10% av befolkningen.</p>
Vad täcks?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tjänster</b> Obligatoriska förmåner inkluderar prevention; öppen och sluten vård vid sjukhus; läkarvård; psykiatrisk vård; tandvård; receptförskrivna läkemedel; rehabilitering; samt sjukpenning. Långtidsvård ligger i en särskild försäkring. Fritt val av öppenvårdsläkare.</li><li>• <b>Kostnadsdelning</b> Traditionellt låga avgifter. <i>Out-of-pocket</i> betalning på vissa områden som glasögon, vissa läkemedel etc. svarar för 11% av hälso- och sjukvårdskostnaderna.</li></ul>
Finansiering?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sjukförsäkringarna</b> 280 kassor; självständiga, icke vinst-drivande. Offentligt reglerade. Obligatorisk löneskatt på 14%, delad lika mellan arbetsgivare och arbetstagare. Anhöriga täcks av familjeföreståndarens försäkring. Arbetslösa betalar i proportion till sitt understöd. Vård för fattiga täcks av allmänna skatter. Kassorna svarar för drygt 80% av sjukvårdskostnaderna.</li><li>• <b>Privat försäkring</b> Frivillig och individuell. Ungefär 18% av befolkningen täcks av privat försäkring, varav hälften substitut och hälften komplementärt/supplementärt. Svarar för 8% av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna.</li></ul>
Vårdssystemets organisation?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Läkare</b> Allmänläkarna har ingen gatekeeperfunktion. Alla läkare betalas <i>fee-for-service</i>. Förhandlingar på delstatsnivå; takkonstruktioner.</li><li>• <b>Sjukhusen</b> I huvudsak icke vinstdrivande; allmänna och privata. Läkarna anställda vid sjukhuset. Överläkare har rätt ta privata patienter. DRG under införande.</li><li>• <b>Offentligt inflytande</b> Stort mått av professionellt självstyre med korporativism och förhandlingar. Utveckling mot tydligare beställarfunktion hos kassorna och också viss konkurrens.</li></ul>
Hur kontrolleras kostnaderna?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sektorsövergripande budgetar för läkare och sjukhus. Upprepade reformer under 90-talet och början av 2000-talet med i huvudsak utbudsstyrande inslag.</li></ul>

## Australien

Vem omfattas av systemet?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Universell täckning.</b></li></ul>
Vad täcks?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tjänster</b> Viss prevention; sluten och öppen vård vid sjukhus; viss närliggande vård för kroniskt sjuka; läkemedel i sluten och öppen vård; specificerade optiska och dentala tjänster; psykiatrisk vård; rehabilitering. Fritt val av allmänläkare.</li><li>• <b>Kostnadsdelning</b> Återbäring med 75% av fastställd återbäringstaxa för privat sluten vård, 85% för öppen vård. Läkarna kan ta ut avgifter utöver taxan. De kan också direkt fakturera regeringen (<i>bulk billing</i>), vilket stimuleras av regeringen. Patienterna betalar en del av läkemedelskostnaderna. Patientavgifter svarar för 20% av totala hälso- och sjukvårdens kostnader.</li><li>• <b>Högekostnadsskydd</b> Separata högekostnadsskydd för öppen vård respektive läkemedel.</li></ul>
Finansiering?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Obligatorisk offentlig försäkring</b> Administrerad av den federala regeringen. Finansieras av en blandning av allmänna skatteintäkter; en särskild skatt på 1,5% av de taxerade inkomsterna; delstatliga skatteintäkter; samt avgifter. En särskild avgift tas ut av höginkomsttagare utan privat försäkring. Det offentliga svarar för 70% av hälso- och sjukvårdskostnaderna (46% federalt, 22% delstatligt).</li><li>• <b>Privat försäkring</b> I huvudsak icke vinstdrivande ömsesidiga försäkringsbolag täcker mellanskillnaden mellan avgiften till läkaren och återbäringen för sluten vård. Privata försäkringsbolag erbjuder också privat sjukhusvård, valfrihet till specialist, och möjligheter att undvika köer till elektiv kirurgi. Privat försäkring (duplikat, komplementär och supplementär) täcker mer än 40% av befolkningen; motsvarande drygt 7% av de totala kostnaderna.</li></ul>
Vårdssystemets organisation?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Läkare</b> Primärvårdsläkare är <i>gatekeepers</i>. Läkarna ersätts vanligtvis <i>fee-for-service</i>.</li><li>• <b>Sjukhus</b> I huvudsak offentliga, drivna av delstaterna. Delstaterna och den federala regeringen delar på kostnaderna; femåriga överenskommelser. Öppenvårdsläkare vid sjukhus är antingen anställda (men kan ha egen praktik vid sidan om) eller ersatta för en viss tidsinsats vid sjukhuset (<i>session</i>).</li><li>• <b>Offentligt inflytande</b> Den federala regeringen kontrollerar sjukhus, läkemedel och vilka tjänster som erbjuds. Delstaterna driver de offentliga sjukhusen samt reglerar övriga sjukhus, sjukhem och samhällsbaserad vård.</li></ul>
Hur kontrolleras kostnaderna?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Genom en kombination av globala budgetar för sjukhusen; fastställda läkaretaxor; begränsad spridning av ny teknologi; patientavgifter för läkemedel; och väntelistor. Regeringen begränsar också antalet läkarstuderande samt vilka läkare som kan ansluta sig till <i>Medicare</i>.</li></ul>

## Kanada

Vem omfattas av systemet?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Universell täckning.</b></li></ul>
Vad täcks?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tjänster</b> Delstaterna svarar för all öppen och sluten vård, minimum enligt den federala regeringens krav. Den federala regeringen svarar för tjänster till vissa grupper.</li><li>• Delstaterna kan härutöver själva utöka tjänsterna med exempelvis läkemedel, tandvård, hemvård etc.</li><li>• Ingen kostnadsdelning för bastjänster, men kan däremot förekomma för tilläggs tjänster. <i>Out-of-pocket</i> svarar för 16% av kostnaderna.</li></ul>
Finansiering?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Offentligt finansierad vård</b> Delstaterna finansierar med generella och riktade skatter. Federala bidrag; styrs av folkmängd och några andra faktorer. Offentlig vård svarar för 70% av kostnaderna.</li><li>• <b>Privat finansierad vård</b> Ungefär två tredjedelar av befolkningen har en privat gruppförsäkring av tilläggs-karaktär, som täcker tandvård, läkemedel, privat rum etc. Privat försäkring svarar för 11 % av kostnaderna. Privat vård svarar för 30% av kostnaderna.</li></ul>
Vårdsystemets organisation?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Läkare</b> Flertalet läkare är privata och ersätts fee-for-service; c:a en fjärdedel får dock någon form av ersättning från det offentliga, motsvarande ungefär 10% av kostnaderna. Förhandlingar om taxan på delstatsnivån mellan läkar-organisationerna och delstats-regeringarna. Om privatläkare vill sätta sina egna taxor måste de lämna det offentliga ersättnings-systemet.</li><li>• <b>Sjukhus</b> I huvudsak offentliga och icke-vinstdrivande privata sjukhus som verkar inom ramen för givna budgetar med viss prestationsersättning.</li><li>• <b>Offentligt inflytande</b> Delstaterna reglerar utförarna. I praktiken delegeras detta till <i>colleges</i>; professionellt självreglerande organ som ger tillstånd och sätter standards.</li></ul>
Hur kontrolleras kostnaderna?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Genom obligatoriska, årliga globala budgetar för sjukhus och regioner; förhandlade taxor; läkemedelslistor; begränsningar av spridningen av medicinsk teknologi.</li></ul>

## Nya Zeeland

Vem omfattas av systemet?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hela befolkningen har tillgång till en bred skala av hälso- och sjukvårdsinsatser, med en omfattande statlig finansiering.</li></ul>
Vad täcks?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tjänster</b> Förebyggande och hälsofrämjande verksamhet; sluten och öppen vård; primärvård; läkemedel i sluten och öppen vård; mentalvård; tandvård för skolbarn; samt stöd till handikappade.</li><li>• <b>Kostnadsdelning</b> Avgifter (<i>fee-for-service</i>) till allmänläkare, distriktssköterskor och läkemedel i öppen vård. Avgiftsbefrielse för barn samt nedsättningar för äldre och låginkomsttagarna. <i>Out-of-pocket</i> svarar för 15% av de totala kostnaderna.</li></ul>
Finansiering?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Generella skatter</b> Svarar för runt 80% av kostnaderna.</li><li>• <i>Out-of-pocket</i> betalningar svarar för 16% av de totala hälso- och sjukvårds-kostnaderna.</li><li>• <b>Privat försäkring</b> Icke vinst-drivande försäkringsgivare täcker privat vård. Används i huvudsak för att täcka patientavgifter; för elektiv vård vid privata sjukhus; samt för specialister i öppen vård. Omkring en tredjedel av New Zeeländarna har en privat försäkring och den svarar för 6% av de totala kostnaderna.</li></ul>
Vårdsystemets organisation?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Läkare</b> GPs är gatekeepers, egna företagare. De ersätts genom en kombination av <i>fee-for-service</i> (delvis statligt subventionerad) samt kapitering (största delen). GPs är i huvudsak grupperade i Primary Health Organisations (PHOs), som är utförar-organisationer som i sin tur kontrakterar GPs. Specialister är anställda, men kan ha privata patienter på privata sjukhus.</li><li>• <b>Sjukhus</b> I huvudsaklig offentliga. De drivs av District Health Boards (DHBs), som delvis väljs av befolkningen, delvis utses av regeringen. Samtidigt har DHB en beställarfunktion och kontrakterar vård av andra, exempelvis PHOs och för stöd till handikappade.</li><li>• <b>Offentligt inflytande</b> Regeringen ansvarar för lagstiftning, reglering och för sjukvårdspolitiken i stort. Den finansierar 80% av kostnaderna och äger DHBs tillgångar.</li></ul>
Hur kontrolleras kostnaderna?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Globala budgetar (utbudsreglering).</b> Övergång från <i>fee-for-service</i> till kapitation. Tidiga ingrepp och hälsofrämjande åtgärder betonas.</li></ul>

## USA

Vem omfattas av systemet?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Offentlig och privat försäkring täcker 84% av befolkningen.</b></li></ul> Tillträde till de offentligt finansierade programmen har befolkningen över 65 år samt allvarligt handikappade (Medicare) samt fattiga (Medicaid). Fattigdomströskeln sätts av delstaterna. 45 miljoner är oförsäkrade.
Vad täcks?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tjänster</b></li></ul> Tjänsterna beror på typ av försäkring, men inkluderar ofta öppen och sluten vård vid sjukhus samt läkarvård utanför sjukhus. Många tar också upp förebyggande vård, tandvård och receptbelagda läkemedel. <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Kostnadsdelning</b></li></ul> Beror också på typ av försäkring. <i>Out-of-pocket</i> ersättningar svarar för 14% av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård.
Finansiering?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Medicare</b></li></ul> Täcker 14% av befolkningen, administreras av den federala regeringen. Programmet finansieras av en kombination av löntagaravgifter, allmänna federala skatteintäkter och premier. Svarar för 17% av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården. <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Medicaid</b></li></ul> Administreras av delstaterna, inom ramen för relativt generella federala riktlinjer. Täcker 19% av befolkningen och svarar för 15% av de totala kostnaderna. <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Privata försäkringar</b></li></ul> Erbjuds av 1 200 vinstdrivande och icke vinstdrivande försäkringsbolag under statlig tillsyn. Kan köpas av den enskilde eller av arbetsgivare och anställd tillsammans. Täcker 69% av befolkningen, inklusive de som täcks av både offentlig och privat försäkring. Svarar för 34% av de totala kostnaderna. <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Övrigt</b></li></ul> Övriga privata och offentliga källor svarar för 18% av kostnaderna.
Vårdsystemets organisation?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Läkare</b></li></ul> Allmänläkarna har ingen formell gatekeeperfunktion, förutom inom vissa <i>managed care</i> program. Huvuddelen av läkarna har privatpraktik. De betalas genom en kombination av avgifter, ersättningar från försäkringsbolagen, kapitering m.m. <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sjukhus</b></li></ul> Vinstdrivande, icke vinstdrivande och allmänna. Ersätts genom en kombination av avgifter, ersättning per intagen och kapitering. <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Offentligt inflytande</b></li></ul> Den federala regeringen är den störste försäkringsgivaren och den störste köparen.
Hur kontrolleras kostnaderna?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Under senare år har finansierarna försökt att kontrollera tillväxten genom att inte teckna kontrakt med alla vårdgivare; förhandla fram rabatter; kontrollera utnyttjandet av vård; hitta ersättningssystem som innebär delat risktagande; samt genom <i>managed care</i>.</li></ul>

# Källor

Colombo, F. & Tapay, N. 2004. *Private Health Insurance in OECD Countries. The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. OECD Health working papers 15. HD 04.

EpC/Socialstyrelsen: *Patientregistret*

European Observatory on Health care Systems. 2002. *Health care Systems in Transition. Finland*.

European Observatory on Health care Systems. 2004. *Health care Systems in Transition. France*.

Jönsson, B. , Arvidsson, G. , Levin, L-Å. & Rehnberg, C. 2004. *Hälsa, vård och tillväxt*. Valfärdspolitiska rådets rapport 2004. Kristianstad: SNS Förlag.

Köster M, Andersson J, Carling K och Rosén. Dödlighet efter hjärtinfarkt har minskat i nästan alla landsting under 1990-talet. *Läkartidningen* 2003.100. 2838-2844.

Landstingsförbundet: *Nya Sjukvårdsdata i fokus – www.sk.se*

Landstingsförbundet 1997. *Aktuella väntetider, patienter på väntelista m m*. Best nr 1680

Landstingsförbundet 2002. *Rädda hjärnan om stroke och strokevård*.

Landstingsförbundet 2004. *Operation av katarakt – en ny syn på livet!*

Mossialos, E. & Thomson, S. 2004. *Voluntary health insurance in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies.

Möller Pedersen, K. 2004. Health care reforms in Denmark and Norway. In: Jönsson, B. , Arvidsson, G. , Levin, L-Å. & Rehnberg, C. *Hälsa, vård och tillväxt*. Valfärdspolitiska rådets rapport 2004. Kristianstad: SNS Förlag.

National Audit Office. International Health Comparisons. *A compendium of published information on healthcare systems, the provision of healthcare and health achievement in 10 countries*.

Nationella Kataraktregistret. *Årsrapport 2003*.

Nationalregistret för Höftledsplastiker i Sverige. *Årsrapport 2003*.

Nolte E och McKee *Measuring the health of nations*, BMJ 2003;327:1129.

NOMESCO och NOSOSCO database: *Social and Health Indicators*

OECD: *Health Data 2004*. Version 3

Palier, Bruno, *La réforme des systems de santé*. Paris. PUF, 2004

RIKS-HIA *Årsrapport 2003*

SCB. *Befolkningsstatistik, arbetskraftsundersökningar (AKU)*

Social and Cultural Planning Office of the Netherlands (SCP). *Public Sector Performance 2004*. An international comparison of education, health care, law and order and public administration. SCP Publication 2004/8.

Socialstyrelsen 2001. *Folkhälsorapport 2001*

Socialstyrelsen 2005. *Folkhälsorapport 2005*

Socialstyrelsen 2001. *Den kommunala hälso- och sjukvårdens omfattning*

SOU 1994:115. *Sjukvårdsreformer i andra länder*. Sven-Eric Bergman och Kerstin Einevik-Bäckstrand.

Svenska Nationalregistret för höftledsplastiker 2002.

The Conference Board of Canada. *Understanding Health Care Cost Drivers and Escalators*. Publication 565-04.

**Svensk sjukvård i internationell belysning  
– en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat**

Sveriges Kommuner och Landsting publicerar regelbundet underlag för jämförelser mellan kommuner, landsting och regioner. I denna rapport jämförs hälso- och sjukvården i olika länder. Syftet är att beskriva vad det svenska sjukvårdssystemet presterar i en jämförelse med sjukvårdssystemen i 16 andra industrialiserade västländer, övriga EU-15 samt Norge och USA. Jämförelserna kan fungera som underlag för diskussion om styrkor och svagheter i den svenska sjukvården.

Upplysningar om rapportens innehåll lämnas på  
Sveriges Kommuner och Landsting av:  
Roger Molin, tel 08-452 76 65  
Lars Johansson, tel 08-452 76 60

Rapporten kan beställas från förbundens trycksaksbeställning,  
tel 020-31 32 30 eller fax 020-31 32 40.

ISBN 91-7164-029-0



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20  
Tfn 08-452 70 00, Fax 08-452 70 50  
info@skl.se, www.skl.se  
Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i samverkan