

Ekonomiska incitament i primärvården och dess konsekvenser

En jämförande studie mellan Sverige
och Nederländerna

Författare: Sara Lundin

Handledare: Margareta Dackehag

Lunds universitet

Nationalekonomiska institutionen

Kandidatuppsats (15 hp)

Juni 2014

Sammanfattning

Syftet med uppsatsen är att jämföra ekonomiska incitament för patienter och vårdgivare att konsumera och producera vård i primärvården i Sverige och Nederländerna och dess konsekvenser för vårdutnyttjande och kostnader. Fokus ligger på patientavgifter och ersättningsmodeller för allmänläkare i primärvården. Länderna skiljer sig åt i såväl patientens egenbetalning, ersättning till läkare och konkurrens bland försäkringsgivare.

Utifrån Principal-Agent-teori och försäkringsteori undersöks de teoretiska incitamenten för patienter och vårdgivare i länderna och jämför sedan dessa med de kostnader och vårdutnyttjande som finns i respektive land. Min slutsats är att det i Nederländerna finns starkare incitament att producera såväl som konsumera vård hos allmänläkare men också att undvika specialistvården. I linje med teorin görs fler allmänläkarbesök i Nederländerna än Sverige. Att det i Sverige görs färre besök till allmänläkare kan förklaras av att incitamenten är svagare både för läkare och patient att göra besök i allmänvården samt att undvika specialistvård. Kostnaden för allmänläkarvård är dock högre i Sverige. En möjlig förklaring till detta är att ersättningssystemet i Nederländerna ger högre produktivitet. Även om de totala vårdkostnaderna är högre i Nederländerna än Sverige blir slutsatsen i uppsatsen att dessa inte kan förklaras av incitamentskillnader i primärvården.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
1 Introduktion.....	5
1.1 Syfte.....	5
1.2 Metod	6
1.2.1 Val av länder	6
1.2.2 Teoretisk referensram	7
1.2.3 Material	8
1.2.4 Avgränsningar.....	9
2 Teori.....	9
2.1 Marknaden för sjukvård	9
2.2 Aktörer i sjukvårdsmarknaden	10
2.2.1 Statlig intervention på marknaden	10
2.3 Patient och försäkringsgivare	12
2.3.1 Begränsa moralisk risk.....	13
2.4 Vårdgivare och patient	13
2.4.1 Supplier Induced Demand.....	14
2.5 Försäkringsgivare och vårdgivare.....	14
2.5.1 Ersättningsmetoder	15
2.5.2 Läkarens löneform	16
2.6 Styrning av primärvårdsutnyttjande	16
3 Organisation och finansiering i Sverige	17
3.1 Försäkringsgivare.....	17
3.2 Primärvården	18
3.2.1 Allmänläkarens roll.....	18
3.2.2 Nyligen genomförda reformer i relation till primärvården – Vårdvalet	18
3.2.3 Ersättning till vårdenheten	19
3.2.4 Ersättning till allmänläkaren	20
3.2.5 Patientavgifter	20
4 Organisation och finansiering i Nederländerna	21
4.1 Försäkringsgivare.....	21
4.1.1 Finansiering.....	22
4.1.2 Regleringar i försäkringsmarknaden.....	22

4.2 Primärvård	23
4.2.1 Allmänläkarens roll.....	23
4.2.2 Ersättning till allmänläkare	24
4.2.3 Patientavgifter	25
5 Summerande tabeller	25
6 Analys	26
6.1 Vårdgivarincitament	26
6.1.1 Allmänläkarens anställningsform	27
6.1.2 Allmänläkare respons på ekonomiska incitament.....	27
6.1.3 Incitament att undvika specialistvård.....	28
6.2 Riskdelning	29
6.3 Patientincitament	30
6.2.1 Incitament att undvika specialistvård.....	31
6.4 Försäkringsgivare och konkurrens.....	32
6.5 Teoretiska slutsatser	33
7 Vårdutnyttjande och kostnader	34
7.1 Antal läkarkonsultationer	34
7.1.1 Undvikande av läkarkonsultationer	36
7.2 Vårdutgifter	37
7.3 Sjukhusens kostnadsandel.....	40
8 Slutdiskussion	41
9 Referenser	43
APPENDIX	47

1 Introduktion

Att utöka primärvården lyfts ofta fram som ett bra sätt att hålla kostnaderna för vård låga samtidigt som det ger en kvalitativ och tillgänglig vård för patienterna (Friedberg et al 2010). Hur stor roll primärvården får spela inom vårdsektorn varierar mellan länder. Nederländerna och Sverige är länder som gjort olika val angående detta. I Nederländerna har allmänläkare länge fått spela en betydande roll. Patienten kan inte uppsöka specialistvård utan att först få en remiss från en allmänläkare. Allmänläkare fungerar därför som en portvakt mot specialistvården. 2006 reformerade Nederländerna sitt sjukvårdssystem vilket bland annat resulterade i ett nytt ersättningssystem för läkare och nya avgifter för patienter med syftet att ytterligare stryka allmänläkarens funktion (Nza 2007).

I Sverige har primärvården inte samma portvaktsfunktion men det finns politisk vilja att öka primärvårdens roll (Socialstyrelsen 2010). Ett uttalat syfte med vårdvalet som infördes i alla landsting 2010 var att ett ökat flöde skulle gå från sjukhus till primärvård (Bergstrand 2013) och i och med detta ändrade även de flesta landsting i Sverige sättet att ersätta vårdcentraler. Patientavgifterna i Sverige har dock inte utsatts för någon större reform.

Skillnaden mellan länderna i hur ofta en allmänläkare kontaktas är slående. 2012 hade invånare i Nederländerna kontakt med en allmänläkare mer än dubbelt så ofta som i Sverige (4.1 respektive 1.46 gånger per person). Påverkar skillnader i systemen patienters incitament att besöka primärvården samt allmänläkares incitament att utföra vård och i så fall hur? Är det kostnadseffektivt?

1.1 Syfte

Syftet är att undersöka vilka ekonomiska incitament som finns för vårdtagare respektive vårdgivare i Sverige och Nederländerna att utnyttja och utföra vård i primärvården samt dess konsekvenser för kostnader och vårdutnyttjande.

1.2 Metod

Jag kommer att genomföra en komparativ studie av Nederländernas och Sveriges primärvård. Uppsatsens upplägg består i en teoridel där agent-principalteori och försäkringsteori presenteras. Därefter kommer en redogörelse för vårdsystemets uppbyggnad i de två länderna. Utifrån detta jämförs systemen i ekonomiska incitament för patienter och vårdgivare i respektive land utifrån de teorier som presenteras i en teoretisk analysdel. I analysens senare del jämförs detta med hur vårdutnyttjande och kostnaderna faktiskt ser ut för respektive land. Uppsatsen avslutas med en diskussion kring resultaten.

1.2.1 Val av länder

Det är generellt sett svårt att göra jämföra länder och deras sjukvård då systemuppbyggnad ofta skiljer sig på många plan så som finansieringssystem, mått och definitioner (Olofsson 2013). Vid komparativa studier finns inte någon etablerad urvalsteknik att ta till utan författaren måste själv göra ett val av länder utifrån frågeställning i studien och föreställningar om situationen i respektive land (Denk 2002).

Nederländerna och Sverige har dock några egenskaper som gör dem intressanta att jämföra. Länderna skiljer sig åt i graden av privatisering bland vårdgivare. I Sverige infördes 2010 vårdval i samtliga landsting men en majoritet av vårdenheterna är fortfarande i offentlig drift och de privata aktörerna är reglerade från landstinget. I Nederländerna däremot kan allmänläkare etablera sig i princip fritt (Olofsson 2013). Då det från svenskt håll funnits en politisk vilja att utöka primärvårdens roll som första kontakt för patienten, till exempel betonas den i regeringens nationella handlingsplan från år 2000 (Prop. 1999/2000:149), är det relevant att jämföra vilka incitament systemet ger aktörer med ett land där primärvårdens portvaksroll är väletablerad. Vidare har Nederländerna sedan 2006 reglerad konkurrens bland försäkringsgivare, vilket skiljer sig från Sverige där landstinget agerar försäkringsgivare.

Länderna har följt varandra i ökningen av BNP per Capita. Både länderna ligger över EU-genomsnittet. En undersökning genomförd av Newhouse (1977 i Morris et al 2012) med 13 länder visade att BNP kan förklara 92 procent av variationen i sjukvårdkostnader. Att

skillnaden i BNP inte är för stor är därför en viktig förutsättning för att länderna ska kunna jämföras utifrån andra aspekter. Nederländernas rankning i FN:s Human Development Index (HDI) är något högre än Sveriges men båda länderna ligger mycket högt (nr 4 respektive nr 7 i världen). HDI är en sammanvägning av ekonomiska förhållanden med sociala förhållanden och levnadsförhållanden (Nationalencyklopedin). Var lands förmåga att utforma ett fungerande sjukvårdssystem kan därför ses som goda.

Det finns naturligtvis också svårigheter i en jämförelse mellan länderna. Dels kan det förekomma skillnader i hur data samlas in (Eurostat 2) dels beror vårdutnyttjande inte enbart av ekonomiska incitament. Även om länderna är lika i förutsättningar att inneha ett fungerande sjukvårdssystem är det tänkbart att faktorer så som demografi, levnadsvanor och traditioner skiljer sig mellan länder på ett sätt som försvårar jämförelsen.

1.2.2 Teoretisk referensram

Sjukvården är en speciell marknad då kostnaderna för den enskilde individen kan bli katastrofala (Morris et al 2012). Då de flesta individer är riskaversa är de beredda att betala för att slippa risk och innehar en sjukvårdsförsäkring (Morris et al 2012). Konsumenten betalar då en premie när denne är frisk för att undvika kostnader vid sjukdom. Individen maximerar sin nytta genom att hålla inkomsten konstant mellan utfallen sjukdomen och inte sjukdom (Morris et al 2012).

På grund av asymmetrisk information som råder på försäkringsmarknaden leder detta till problem för försäkringsgivaren. Försäkringsgivaren kan inte kontrollera konsumentens beteende då konsumentens behov av vård är okänt. Problemet kallas moralisk risk och innebär att patienten har incitament att överkonsumera vård. Försäkringsgivaren kan låta patienten bära en del av kostnaden, och därmed risken, själv för att begränsa moralisk risk (Westerhout & Folmer 2007). Jag kommer att redogöra för några typer av riskdelning.

Principal-agentteori har sin utgångspunkt i de problem som uppstår vid asymmetrisk information mellan beställare (principal) och utförare (agent). Principalen har svårt att kontrollera att agenten agerar utifrån principalens nytta. Ersättningsystemet från försäkringsgivare till vårdgivare är en viktig komponent i att styra hur vårdgivaren, agenten,

beter sig då vårdgivare visat sig svara på ekonomiska incitament, även om det inte är den enda påverkande faktorn (Wranik & Durier-Copp 2011). I teorikapitlet redogörs för olika typer av ersättning och dess effekter.

1.2.3 Material

En stor del av informationen kring systemens uppbyggnad är taget från *The European Observatory on Health Systems and Policies*. Observatoriet är ett underorgan till WHO och har samarbeten med myndigheter flera länder, däribland Nederländerna och Sverige (European Observatory 2014). De som författat texten för European Observatory om Nederländerna är Schäfer med flera (2010) och för Sverige Anell med flera (2012). För information kring Sveriges systemutformning använder jag också Sveriges kommuner och landsting (SKL), socialstyrelsen och konkurrensverkets rapporter, och för Nederländerna, nederländska regeringens webbplats. Jag använder mig också av tidigare forskning och utredningar kring sjukvårdssystemet i Nederländerna och Sverige som underlag för min analys.

Uppgifter om sjukvårdskostnader och vårdutnyttjande i Nederländerna kommer från CBS Statistics Netherlands, som är ansvarig för landets nationella statistik, samt Eurostat, Europeiska unionens statistikdatabas och WHO. Motsvarande uppgifter kring Sverige sjukvårdsuppgifter kommer från statistiska centralbyrån (SCB), Sveriges kommuner och landsting (SKL) samt Eurostat och WHO.

För att uppgifter kring ländernas kostnader ska vara jämförbara har data över kostnader i Nederländerna översatts till svenska kronor. Den aktuella växelkursen för 2014-05-23 har använts där 1 Euro=9,06 SK (ECB 2014). Att använda växelkursen för att göra volymer i produktion eller konsumtion jämförbara är problematiskt då växelkursen kan visa på skillnader i prisnivå snarare än skillnader i volym (SCB 2012). Då uppgifterna kring respektive lands kostnader inte används i en statistik analys utan snarare har som syfte att illustrera exempel anser jag att de snedvridande effekter som eventuellt kan uppkomma på grund av att aktuell växelkurs har använts inte är ett betydande problem som får effekt för analysen. Originaldata med vårdkostnader i euro visas i Appendix.

1.2.4 Avgränsningar

Jag kommer i uppsatsen att avgränsa mig till primärvården då såväl ersättningsmekanismer som patientavgifter och konkurrensmöjligheter skiljer sig mellan primärvård och specialistvård i både Nederländerna och Sverige. I uppsatsen kommer fokus att ligga på allmänläkaren som vårdgivare. Anledningen till detta är en svårighet att direkt jämföra primärvårdsenheter mellan Nederländerna och Sverige då olika specialiteter ingår i begreppen i respektive land.

2 Teori

2.1 Marknaden för sjukvård

Det är en svår uppgift att definiera hälsa i ekonomiska termer. Det är därför viktigt att skilja mellan hälsa och sjukvård. Sjukvård kan nämligen analyseras som en ekonomisk vara då resurserna som krävs för att erbjuda sjukvård är begränsade (Morris et al 2012).

Arrow (1963) listade egenskaper för sjukvårdsmarknaden som gör att den skiljer sig från andra marknader. Han menade att läkare, eller vårdgivare generellt, inte kan analyseras som företag under perfekt konkurrens. Dels råder konkurrensproblem då inträdet på marknaden inte är fritt – yrket kräver licens. Vidare kan vårdgivare inte antas agera med vinstmaximering som enda mål – det är mer troligt att de också styrs av andra faktorer så som etiska och sociala.

Patienter har å sin sida svårt att agera konsumenter. Tjänsten kan inte testas innan den utnyttjas och för att bedöma kvaliteten av vården eller vilken vård som är lämplig att efterfråga behöver patienten den kunskap som läkaren besitter. Läkaren har ett därför ett informationsövertag gentemot patienten (Arrow 1963).

Efterfrågan kan definieras som att individen har viljan och möjligheten att betala för en vara. Detta gäller även efterfrågan av vård. En individs efterfråga av vård behöver dock skiljas från *behov* av vård. Individens kunskap om deras behov av vård är ofta dålig. Behov av vård kan definieras som att medicinskt dra nytta av den vård som ges. För att avgöra detta krävs medicinska kunskaper som konsumenten själv inte har (Morris et al 2012). Då vård är en begränsad resurs måste det införas något sätt att ransonera eller sortera bland dem som anser sig behöva den. Det kan göras utifrån vilka som har möjlighet att betala den eller genom någon part som bedömer vem som har störst behov (Maynard 2013). Gällande primärvården krävs ett vidare perspektiv i kostnadsbegränsningen. Ökade kostnader och vårdutnyttjande i primärvården kan potentiellt leda till minskade totala kostnader för vård under förutsättning att det avlastar specialistvården (Anell 2005).

2.2 Aktörer i sjukvårdsmarknaden

Konsumtionen av sjukvård är mycket osäker för den enskilda individen: det är osäkert om man blir sjuk och i så fall när man blir sjuk. Om sjukdomen infaller leder detta ofta till otroligt stora kostnader som individen själv har svårt att bära, samtidigt som sjukdom ofta leder till inkomstbortfall. En lösning på detta är en försäkring (Morris et al 2012). Både Nederländerna och Sverige har obligatorisk sjukvårdsförsäkring för alla invånare (Schäfer et al 2010; Anell et al 2012).

Genom att föra samman riskerna för varje enskild individ blir riskerna kalkylerbara för försäkringsgivaren. Konsumenten betalar en premie till försäkringsgivare med ett regelbundet intervall för att få skydd vid sjukdom. Konsumenten maximerar sin nytta genom att hålla inkomsten konstant mellan fallet ”sjukdom” och ”inte sjukdom” (Barr 2004).

2.2.1 Statlig intervention på marknaden

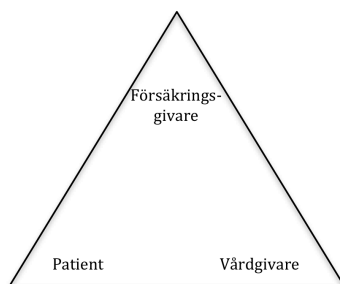
Försäkringsmarknaden karaktäriseras av marknadsmisslyckanden som uppstår på grund av asymmetrisk information. Till exempel moralisk risk och snedvridet urval. Detta kan utgöra en anledning till statlig intervention på marknaden. Moralisk risk kommer är ett problem oavsett försäkringsgivare och kommer att diskuteras i nästkommande avsnitt. Snedvridet urval

brukar nämnas som ett marknadsmisslyckande som hjälps av statlig intervention. Problemet består i att försäkringsgivaren inte kan urskilja individer med hög risk från dem med låg risk och tvingas sätta en premie som ligger mitt emellan. Lågriskindivider finner att premien är för hög och tecknar inte. Försäkringsbolaget får en högre andel högriskindivider och måste höja premien. Detta fortsätter och risken är att försäkringen kapitulerar. Snedvridet urval kan effektivt hindras genom ett införande av obligatorisk försäkring. Detta kräver dock inte att försäkringen är i offentlig drift (Kruse & Ståhlberg 2013).

Ett skattefinansierat vårdssystem där även driften är offentlig har en fördel. Genom att utövaren och försäkringsgivaren integreras försvinner den externalitet som en betalande tredje part innebär (Barr 2004). Men parter som konkurrerar mot varandra kan också öka effektiviteten då de tvingas konkurrera om patienter. Konkurrens enbart bland vårdgivare kan leda till konkurrens i kvalitet, då ersättningen är densamma för alla vårdgivare (Baicker & Levy 2013). Om konkurrens finns även bland försäkringsgivare kan det leda till pressade priser genom konkurrens i att erbjuda lägsta premie. Detta kräver dock en fungerande marknad utan snedvridet urval (Halbersma et al 2011).

Sjukvårdsmarknaden kan med en utomstående försäkringsgivare analyseras som ett trepartssystem. Vårdgivaren är den producerande parten, patienten konsumerar vården men betalaren är försäkringsgivaren. De informationsproblem som karakteriserar sjukvårdsmarknaden infinner sig därför i tre relationer: Mellan betalare och vårdgivare, mellan patient och betalare samt mellan vårdgivare och betalare (Kruse & Ståhlberg 2013).

Figur 2.2 Tre parter i sjukvårdsmarknaden

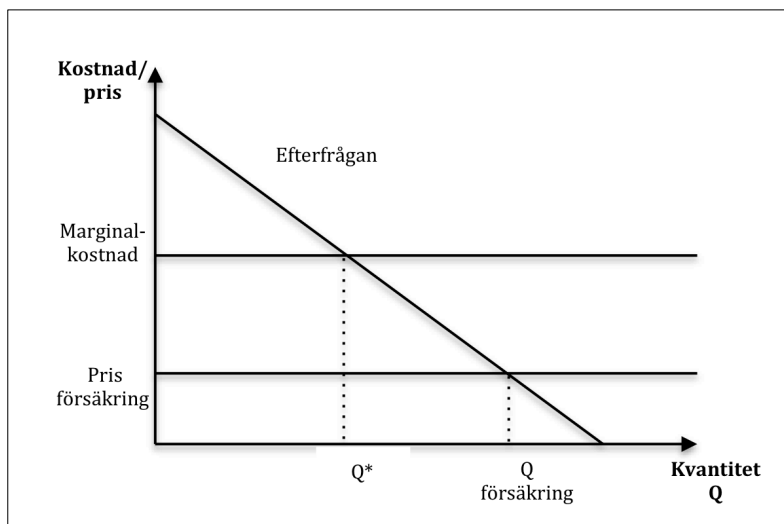


2.3 Patient och försäkringsgivare

I relationen mellan patient och försäkringsgivare finns ett informationsproblem i att försäkringsgivaren inte fullt ut kan kontrollera försäkringstagarens handlingar efter att en försäkring getts. Problemet brukar betecknas *moralisk risk* (Söderström 2008).

En nytto-maximerande individ kommer att konsumera en vara till dess att marginalnyttan för varan inte längre överstiger marginalkostnaden. Med en sjukvårdsförsäkring utgår vid sjukdom en i in kind-betalning till individen. Då individen själv inte behöver stå för hela eller något av kostnaden själv fungerar försäkringen som en subvention av vård (Kruse & Ståhlberg 2013)

Figur 2.3 Efterfrågan av vård vid försäkring



Figur 2.3 visar hur konsumtionen av sjukvård ökar med en försäkring. Utan en försäkring kommer individen att optimera sin nytta genom att konsumera där marginalkostnaden är lika med marginalnyttan, det vill säga där $\text{marginalkostnad} = \text{efterfrågan}$, vid kvantitet Q^* . Med en försäkring betalar individen den lägre avgiften "Pris försäkring" och optimerar då sin nytta genom att konsumera kvantiteten "Q försäkring" (Kruse & Ståhlberg 2013). En ökad konsumtion av sjukvård är alltså en naturlig respons av konsumenterna i enlighet med ekonomisk teori (Kruse & Ståhlberg 2013).

2.3.1 Begränsa moralisk risk

De medel som kan användas för att begränsa moralisk risk är kontroll och samförsäkringar (Kruse & Ståhlberg 2013). Samförsäkring innebär att försäkringstagaren måste betala en del av sina kostnader själv. Hur detta genomförs kan variera. Ett exempel kan vara att patienten själv måste betala en procentsats av alla sjukvårdskostnader (Söderström 2008). I det enkla exemplet i figur 2.3 är kostnaden konstant vid försäkring i förhållande till den egentliga kostnaden. Den kan därför sägas vara en försäkring av den typen.

Ett annat alternativ är en självrisk då patienten betalar allt till en viss summa och att försäkringsgivare står för resterande kostnader. Detta ger patienten incitament att inte utnyttja försäkringen i onödan. Som ett tredje sätt kan försäkringsbolaget erbjuda en bonus om försäkringen inte utnyttjas alls. Genom att erbjuda en lägre premie nästa period har konsumenten incitament att undvika utnyttjande av försäkringen (Söderström 2008).

Då patienten betalar en del av kostnaden själv minskar individens nytta, målet är att hålla inkomsten konstant mellan hälsotillstånden (Barr 2004). En kostnadsdelning innebär emellertid en riskdelning som begränsar moralisk risk.

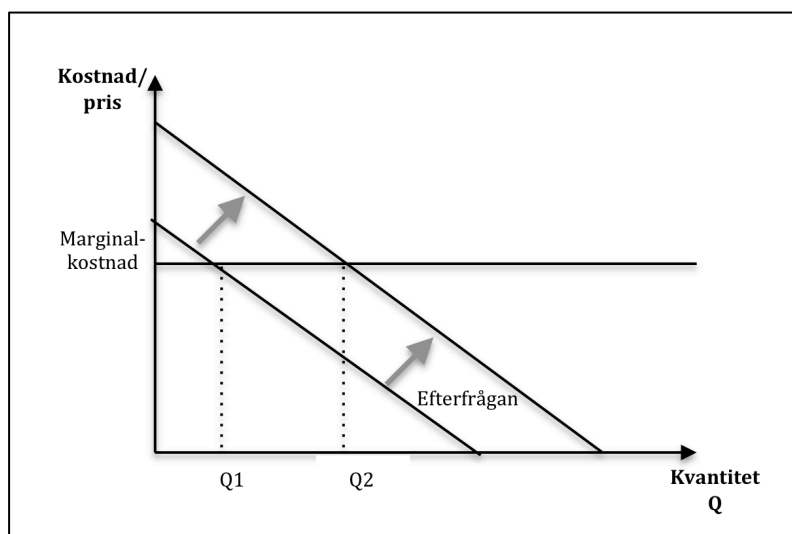
2.4 Vårdgivare och patient

Relationen mellan vårdgivare och patient beskrivs ofta som ett principal-Agent-problem. Vårdgivaren är agent och ska utföra vården på uppdrag av patienten. Eftersom vårdgivaren har ett informationsövertag gentemot patienten har denne möjlighet att agera för att maximera sin egen nytta snarare än patientens. Patienten måste lita på att vårdgivaren fattar ett beslut till patientens bästa (Morris et al 2012). Om vårdgivaren beter sig som en perfekt agent agerar den enligt de preferenser patienten skulle ha vid samma information. Om vårdgivaren är en perfekt agent skulle detta leda till en effektiv allokering av resurser. Men eftersom vårdgivaren har ett informationsövertag har denne också möjlighet att agera utifrån sin egen nytta. Dessutom krävs att läkaren är fullt upplyst om patientens preferenser (Chandra et al 2012).

2.4.1 Supplier Induced Demand

Om vårdgivaren kan öka sin nytta genom att patienten ökar eller minskar sin konsumtion finns en risk att vårdgivaren använder sitt kunskapsövertag för att påverka patientens efterfrågan (Auster & Oaxaca 1981). Producenten, vårdgivare har alltså möjlighet att skifta efterfrågekurvan utåt eller inåt. Detta fenomen kallas *Supplier induced demand* (SID) eller *Physician Induced Demand*. Den vanligaste typen av SID som diskuteras i litteraturen är då producenten skiftar efterfrågekurvan utåt (Auster & Oaxaca 1981).

Figur 2.4.1 *Supplier Induced Demand*



Figur 2.4.1 visar hur kvantiteten kan öka genom att efterfrågekurvan skiftas utåt. I ett läge då vårdgivaren gör en vinst per enhet oavsett värde på Q kan vårdgivaren öka sin vinst genom att öka konsumerad kvantitet.

2.5 Försäkringsgivare och vårdgivare

Som beskrevs ovan har vårdgivaren möjlighet att agera utifrån sin egennyttan snarare än patientens. Detta innebär att vårdgivaren kan påverka patientens konsumtion av vård. Då läkaren är en typ av "dubbelagent" förekommer principal-agentproblematiken även i relationen till försäkringsgivaren (Blomqvist 1991). Försäkringsbolaget har inte fullständig information om hur läkaren agerar då arbetet sker i mötet med patienten. Försäkringsgivaren

kan inte bara titta på utfallet av vården då det kan variera – den bästa möjliga behandlingen behöver inte betyda gott resultat. Det är därför svårt för försäkringsgivaren att kontrollera vårdgivaren och problem med moralisk risk uppstår även här (Blomqvist 1991).

Även om de inte enbart är intresserade av ekonomiska faktorer är det empiriskt belagt att vårdgivare svarar på ekonomiska incitament (Wranik & Durier-Copp 2011). Hur ersättningen från försäkringsgivaren ser ut är därför en viktig faktor för att vårdgivaren ska ha ekonomiska incitament att agera som försäkringsbolaget vill (Kruse & Ståhlberg 2013). En viktig komponent är vem som bär den finansiella risken. Det vill säga risken för dyrare behandlingar än väntat (Anell 2005). Vem som blir bärare av risken beror på ersättningsystemets uppbyggnad.

2.5.1 Ersättningsmetoder

Ersättningsmetoder kan delas in i två huvudkategorier: retrospektiv och presumtiv ersättning. Vid retrospektiv ersättning kan vårdenheten debitera för sina kostnader i efterhand, till exempel för varje åtgärd som genomförts. Den ekonomiska risken faller då på försäkringsbolaget att sjukvårdskostnaderna blir stora (Carpenter 2013). Om vårdgivare får ersättning i efterhand per åtgärd utförd eller per besök, så kallad *Fee For Service*, har vårdgivaren incitament att öka kvantiteten av vården för att på så vis öka sin inkomst (Wranik & Durier-Copp 2011).

Med presumtiv ersättning är ersättningen till vårdgivaren bestämd på förhand. Det kan innebära en global budget, där vårdenheten får ett belopp som sedan får allokeras på valfritt sätt. Det kan också vara ett bestämt belopp för en viss behandling eller ett besök. Med en presumtiv ersättning minskar vårdgivarens incitament att öka antalet besök och behandlingar (Morris et al 2012). Om vårdgivaren får en presumtiv ersättning per registrerad patient har denne incitament att minska kvantiteten av vård för att på så vis maximera sin inkomst (Wranik & Durier-Copp 2011). Med presumtiv per besöksersättning faller en del av den finansiella risken på vårdgivaren då det inte är garanterat att ersättningen täcker hela behandlingskostnaden (Anell 2005). Tabell 2.5.1 visar en översikt över riskdelning med olika ersättningsmetoder till vårdgivaren.

Tabell 2.5.1 riskdelning vid olika ersättningsmodeller

<i>Ersättningstyp</i>	Presumtiv	Retrospektiv
Rörlig	* Vid extra behandling ges en fast extra ersättning. Täcker inte nödvändigtvis hela kostnaden * Vårdgivare och försäkringsgivare delar finansiell risk	* Vid extra behandling ges ersättning som täcker hela kostnaden. <i>Fee for Service</i> . *Försäkringsgivaren bär den finansiella risken
Fast	*Ingen ersättning för extra aktivitet *Finansiell risk ligger hos vårdgivaren	

Källa: Anell 2005

2.5.2 Läkarens löneform

Slutligen kan ännu en distinktion göras i ersättningen till vårdgivare. Även om ersättningen från försäkringsgivaren är beroende av antal patienter eller besök kan den enskilda allmänläkarens ersättning se ut på annat sätt. Om ersättningstyperna som nämnts ovan går till vårdenheten och läkaren istället får en fast lön kan de ekonomiska incitamenten se annorlunda ut.

Med en fast lön har läkaren, som har den direkta patientkontakten, varken ekonomiska incitament att underbehandla eller överbehandla patienter. En nackdel kan vara att läkare inte har incitament att utföra arbetet så effektivt som möjligt eller att hålla kostnader nere. De direkta incitamenten att minimera kostnaderna eller att hålla en budget finns inte (Kruse & Ståhlberg 2013).

2.6 Styrning av primärvårdsutnyttjande

Kostnadsdelningen mellan försäkringsgivare och patienter samt ersättningsmekanismerna till vårdgivare är två olika verktyg som kan användas för att påverka kvantiteten av konsumerad vård. De incitament som ges till patienter respektive vårdgivare kan även gå emot varandra

(McGuire 1990). Det krävs dock ett vitt perspektiv när man tittar på ersättningsmekanismerna för primärvård. Olika modeller kan ge olika incitament för allmänläkare att remittera till specialistvården (Anell 2005). Förutom att per-personersättning till primärvården, så kallad kapitering, ger incitament för vårdgivare att underproducera vård ger det också incitament att remittera till en specialist och inte längre vara kostnadsansvarig för patienten. Den motsatta effekten går att se med ett per-besöksystem förutsatt att vård i egen produktion kostar mindre än ersättningen (Anell 2005).

3 Organisation och finansiering i Sverige

Landstigen i Sverige är ansvariga för att organisera sjukvården i Sverige och har frihet att utforma med själva. Ansvaret faller dock inte bara på landstinget utan även kommun och regering. Kommunen har ett delansvar för vård av äldre och regeringen har ansvar för mer alltäckande vårdpolitik och ger ramar som landstingen måste förhålla sig till (Anell et al 2012).

3.1 Försäkringsgivare

Befolkningens tillgång till vård ses som ett offentligt ansvar och försäkringspremien för sjukvård i Sverige betalas via inkomstskatten (Socialstyrelsen 2010). Det är landstinget som styr hur hög skatt som ska tas ut och hur stor andel av landstingsskatten som ska gå till sjukvård. Ett landsgenomsnitt för landstingsskatten är 11,20 procent av arbetsinkomsten 2014 (SCB 2014). Offentlig sektor är alltså huvudsaklig finansiär och organisatör för systemet. De flesta vårdcentraler är också i landstingens drift, även om det kan variera mellan landstingen (SKL 2010). Som genomsnitt i landet är 60 procent offentliga vårdcentraler och 40 procent privata (SKL 2010). Då landstinget samlar in finansiella medel för försäkringen via skatten och är den instans som ersätter vårdgivare (SKL 2010) fungerar landstingen som försäkringsgivare i det svenska systemet. Ersättningssystemet från försäkringsgivare till vårdgivare ser likadan ut oavsett om vårdcentralen är i privat eller offentlig regi (Socialstyrelsen 2010).

3.2 Primärvården

Definitionen av primärvård i Sverige är inte solklar och primärvårdens uppdrag varierar också mellan landsting (Konkurrensverket 2010). Primärvård definieras i lagen som vård och behandling som inte behöver de tekniska och medicinska resurser som finns på sjukhusen (LOV 2008:962) Detta gör att vad som ingår i primärvårdsbegreppet varierar över tid. En definition som används i statistiken och som ersättningssystemet är baserat på är att vården utförs av läkare med allmänmedicin som specialitet eller av en distriktssköterska (Socialstyrelsen 2010).

3.2.1 Allmänläkarens roll

Primärvården och allmänläkaren fungerar i Sverige inte helt och hållet som ”portvakt” till specialistvården. Patienter är fria att ta kontakt med specialistläkare direkt, utan remiss från en allmänläkare. För många är dock vårdcentralen första vårdkontakten vid sjukdom (Anell et al 2012) och patientavgiften för ett vårdcentralbesök är lägre än avgiften för specialistläkare i alla län utom Gävleborg (SKL 2014). Det ligger i primärvårdens uppdrag att guida patienten vidare till rätt vårdnivå (Anell et al 2012).

3.2.2 Nyligen genomförda reformer i relation till primärvården – Vårdvalet

Sedan 2010 måste alla landsting erbjuda vårdval. Syftet med vårdvalets införande är att patienter ska få ökat inflytande samt att primärvården ska bli mer tillgänglig genom att fler vårdcentraler ska etablera sig (Socialstyrelsen 2010). Ungefär en tredjedel av vårdcentralerna i Sverige är privata, men andelen varierar mellan landstingen (Anell et al 2012). Vårdvalet innebär att patienter har rätt att själva välja vårdgivare och att vårdgivare har rätt att etablera sig fritt i landstinget under förutsättning att de uppfyller de krav som landstingen ställer. Om kraven uppfylls har vårdenheten rätt till offentlig ersättning för vården som utförs (Socialstyrelsen 2010). För att uppfylla kraven ska det finnas kompetens i allmänmedicin på vårdenheten. Huvudregeln är att en majoritet av läkarna ska ha allmänmedicin som specialistkompetens och en majoritet av sjuksköterskorna ska vara distriktssköterskor

(Socialstyrelsen 2010). Invånare i varje landsting kan välja primärvårdsenhet genom att lista sig. De som inte listar sig blir i regel automatiskt placerade hos den vårdcentral som ligger närmst. Vårdenheten får inte neka någon person att lista sig (Socialstyrelsen 2010).

Det första landstinget att erbjuda vårdval var Hallands län som införde det redan 2007. Året efter infördes det även i Västmanland och Stockholm innan det 2010 blev obligatoriskt i hela Sverige (Konkurrensverket 2009).

3.2.3 Ersättning till vårdenheten

Hur landstingen vill organisera ersättningen till vårdenheten är valfritt och skiljer sig därför mellan landstingen (SKL 2012). Även före vårdvalets införande förekom privata vårdföretag med ersättning från landstinget. Den vanligaste formen var då entreprenadupphandling (Konkurrensverket 2009). Det går till så att vårdgivaren får lämna anbud på den verksamhet landstinget lägger ut på entreprenad. Landstinget bestämmer vilken verksamhet som ska läggas ut och vilka kriterier företaget ska uppfylla. Den som lägger det ”bästa” budet utifrån de krav som ställs vinner upphandlingen och blir då ofta garanterad en viss produktionsvolym (konkurrensverket 2009). Det kan uttryckas så att företagen med ett entreprenadsystem konkurrerar om *marknaden* medan de i ett vårdvalsystem konkurrerar om *patienterna* (konkurrensverket 2009).

När konkurrensverket 2007 utredde konkurrensvillkoren för vårdföretag framkom att entreprenadupphandlingen framstod som ojämlig. Små företag hade svårt att leva upp villkoren och svårt med administrationen. Kontinuiteten riskerar också att bli lidande med en entreprenadupphandling då den omprövas varje år och det är svårt för landstinget att exakt definiera vilka krav som ska ingå (Konkurrensverket 2009).

Sedan vårdvalet använder sig alla landsting av en kombination mellan fast ersättning, rörlig ersättning och ersättning baserad på mål (SKL 2012). Den fasta ersättningen är ett belopp per registrerad patient hos vårdenheten. Den rörliga beror av antalet besök som görs (Socialstyrelsen 2010).

Hur stor andel av den totala ersättningen som är fast varierar dock över landet. Det landsting som har lägst andel fast ersättning är Stockholm, där enbart 40 procent är fast. I de övriga

landstingen ligger den fasta ersättningen på omkring 80 procent. Ersättningen justeras i några landsting utifrån *Adjusted Clinical Groups* (SKL 2012), medan andra landsting använder sig av åldersjustering. Några kombinerar också ålder och ACG. En majoritet av landstingen korrigerar ersättningen i förhållande till vilka socioekonomiska förutsättningar patienten har. Detta mäts genom *Care Need Index*. Ett landsting, Östergötland, använder också genomsnittlig inkomst i individens område som vikt. 15 av de totalt 21 landstingen använder täckningsgrad som grundande för ersättningen. Täckningsgraden innebär hur hög andel av alla öppenvårdsbesök de listade patienterna gör som sker i primärvården (SKL 2010).

En uppföljande utredning från Konkurrensverket (2012) visar på svårigheter i konkurrensneutralitet i det svenska vårdvalet – även om ersättningsprinciperna är desamma blir konsekvenserna olika om vårdcentralerna går med förlust då landstinget är både ersättningsgivare och ersättningstagare i viss mån.

3.2.4 Ersättning till allmänläkaren

Oavsett om det gäller en privat eller offentlig klinik är de flesta läkare betalda med fast lön, detta gäller även primärvården och allmänläkare. Många av de arbetande i sjukvården är medlemmar i fackförbund som representerar dem i löneförhandlingar. Sveriges Läkareförbund är fackförbundet som representerar läkarna och ungefär 90 procent av Sveriges läkare var medlemmar 2011 (Anell et al 2012).

3.2.5 Patientavgifter

Patientavgifterna varierar mellan landstingen och vissa landsting tar olika avgift beroende på om personen är listad på den specifika vårdenheten eller inte. Medianavgiften för ett besök i primärvården är 150 kronor. Detta kan sättas i relation till medianavgiften för specialistvård som är 300 kronor (SKL 2014). Patienten betalar avgiften per besök oavsett den faktiska kostnaden för vårdgivaren. Taket för patientavgifter i öppenvården är 1100 kronor per tolv månadersperiod i samtliga landsting. När patienten uppnått 1100 kronor behöver denne inte betala för kommande öppenvårdsbesök under den tid som är kvar av tolv månadersperioden (Socialstyrelsen 2010).

4 Organisation och finansiering i Nederländerna

2006 genomfördes en reformering av det nederländska sjukvårdssystemet. Tidigare kunde invånarna försäkra sig genom ett privat försäkringsbolag utan statlig reglering eller genom den offentliga socialförsäkringsfonden som gav ett lägre skydd (Gress et al 2007). 2006 infördes istället ett obligatorium för alla invånare att inneha en sjukvårdsförsäkring från ett privat försäkringsbolag som dock är reglerat från statligt håll (Schäfer et al 2010).

4.1 Försäkringsgivare

Alla försäkringsgivare måste erbjuda ett av staten bestämt baspaket av vård. Där ingår bland annat medicinsk vård av allmänläkare och specialister, förlossningsvård och vård på sjukhus. Utöver det obligatoriska baspaketet finns det möjlighet att teckna kompletterande försäkring. Det kan vara till exempel extra skydd för tandvård (Ministry of Health, Welfare and Sports 2008).

Försäkringstagaren kan välja fritt bland de försäkringsbolag som erbjuder baspaketet och har möjlighet att byta försäkringsbolag årligen. Försäkringsbolagen är fria att sätta försäkringspremien själva. Detta är grunden i den konkurrensutsatta marknaden för sjukvårdsförsäkringar (Ministry of Health, Welfare and Sports 2008). Försäkringsbolaget får dock inte ge olika premieerbjudande till olika individgrupper så som premier baserad på risk. Undantag är att försäkringsbolaget får reducera priset med maximum 10 % vid kollektiva försäkringar och att individer under 18 år får premien betalad av sjukvårdsförsäkringsfonden (Schäfer et al 2010).

Före reformen hade staten en tydligare roll i att styra sjukvårdsmarknaden med sociala försäkringsfonder som styrdes statligt. Med det nya systemet blev de sociala försäkringsfonderna privata aktörer som konkurrerar under samma regler som de privata försäkringsbolagen (Schäfer et al 2010). En majoritet av försäkringsbolagen är därför inte vinstdrivande utan Kooperationer där försäkringstagarna är medlemmar och representeras i styrelsen (Schäfer et al 2010).

4.1.1 Finansiering

Invånare i Nederländerna har skyldighet att välja en försäkringsgivare och betala en premie till denne. Då det råder konkurrens på försäkringsmarknaden kan premien skilja sig mellan försäkringsbolag (Nza 2007). Förutom den premie som betalas direkt till försäkringsbolaget betalas en del via skatten för dem som arbetar. Denna del kallad för ett riskjusterat bidrag går till en offentlig sjukvårdsfond. Pensionärer och egenföretagare betalar premien direkt till fonden istället för via skatten men då en lägre premie. Detta för att arbetande kompenseras av arbetsgivaren för premien med en skattepliktig ersättning från arbetsgivare till arbetstagare (Ministry of Health, Welfare and Sports 2008).

Resurserna i sjukvårdsfonden används för att ge riskjusterade bidrag till försäkringsbolagen, då försäkringsbolagen inte har tillåtelse att ge olika premier till försäkringstagarna beroende av risk. Ett försäkringsbolag med större andel riskindivider får högre ersättning än ett med lägre andel riskindivider. Riskjusteringsbidraget baseras på kön, ålder, diagnoser, socioekonomiska förhållanden, var i landet individen bor samt tidigare sjukvårdsutnyttjande (Ministry of Health, Welfare and Sports 2008).

Syftet med det riskjusterade bidraget är att en marknad med privata försäkringsbolag ska fungera trots att de inte kan utesluta högriskindivider från att teckna avtal. Syftet är också att premien inte ska bli för dyr. Målet är att den inkomstberoende premien ska stå för 50 procent av sjukvårdskostnaderna och den nominella premien för resterande 50 %. Den inkomstbaserade premien var 6.9 % av arbetsinkomsten 2010 (Schäfer et al 2010).

Genom detta system ska det meningen att försäkringsbolagens vinster inte bero på individernas risknivå utan hur väl de lyckas erbjuda bra service och kvalitativ vård till patienter genom att effektivisera och förhandla med vårdgivare (Departementet för hälsa, sjukvård och sport 2008).

4.1.2 Regleringar i försäkringsmarknaden

Syftet var att staten skulle gå från att vara en aktiv part i sjukvårdsförsäkringen till att inneha en kontrollerande och reglerande roll. Genom regleringar som korrigerar marknadsmisslyckanden skulle konkurrens bland försäkringsgivare leda till effektiv

prissättning av vården (Nederländska regeringen). Försäkringsreformen det ska leda till konkurrens i pris bland vårdgivarna. Vårdgivarna kan förhandla om särskilda kontrakt med ett visst försäkringsbolag och försäkringsbolaget ska på så vis konkurrera om försäkringstagare (Halbersma et al 2011).

Staten ska kontrollera för att vården är av god kvalitet, tillgänglig och till en kostnad patienterna kan betala. Nya organ för kontrollen har etablerats med syftet att hindra oönskade marknadseffekter. De verktyg staten har för att direkt ingripa i vårdmarknaden är att sätta en budget för sjukvårdsutgifter, bestämma vad som ska ingå i det obligatoriska baspaketet och bestämmelser kring sambetalning (Schäfer et al 2010).

Marknaden är sammanfattningsvis reglerad genom att:

- Alla invånare måste inneha en baspaketsförsäkring
- Försäkringsbolagen får inte neka någon försäkring och måste erbjuda det bestämda
- baspaketet.
- Premien får inte baseras på risk
- Kostnaderna finansieras delvis med skattemedel

4.2 Primärvård

4.2.1 Allmänläkarens roll

Förutom akut vård är specialistvård och vård vid sjukhus oftast inte tillgänglig utan remiss från en allmänläkare. Allmänläkaren har en central roll i hur det nederländska systemet är uppbyggt. Ungefär en femtedel av allmänläkarna har egen praktik och resterande fyra femtedelar arbetar i praktiker med två till sju allmänläkare. De allra flesta arbetar i partnerskap och är oberoende entreprenörer. En genomsnittlig allmänläkare i Nederländerna som jobbar heltid har ungefär 2300 patienter listade hos sig (Schäfer et al 2010).

4.2.2 Ersättning till allmänläkare

Genom reformen 2006 ändrades ersättningen till allmänläkare drastiskt. Före reformen fick allmänläkare en fast ersättning per registrerad patient för patienter under ZFW, den statliga socialförsäkringsplanen. Omkring 75 % av invånarna i Nederländerna var försäkrade via en sådan försäkring. För patienter med privat försäkringsplan fick allmänläkarna istället en ersättning i efterhand för sina kostnader innan reformen, så kallad *Fee For Service*. 2006 ändrades ersättningssystemet till en mix mellan de båda som består av ett flertal komponenter:

- En fast ersättning per registrerad patient
- En ersättning per konsultation med allmänläkare
- En ersättning per konsultation med praktikens sjuksköterska (om någon)
- Ett bidrag för aktiviteter som ökar effektiviteten eller är ett substitut till specialistvård
- Kompensation för vård vid obekvämt arbetstid (Schäfer et al 2010).

Avgifterna som allmänläkare kan ta från försäkringsbolagen är ett resultat av förhandlingar mellan *National Association of General Practitioners (LHV)*, *Försäkringsgivare i Nederländerna (Zorgverzekeraars Nederland)* och hälsodepartementet. Efter förhandlingarna bestämdes de maximala avgifterna av *Dutch Health Care Authority (NZa)*. Den fasta ersättningen korrigeras årligen. För äldre patienter och patienter från eftersatta områden kan en högre ersättning förhandlas fram mellan allmänläkaren och försäkringsgivaren. Konsultationsersättningen består av en ersättning för besök i praktiken, hembesök, telefonkontakt och recept (Schäfer et al 2010)

Förhandlingar mellan allmänläkare och försäkringsbolag för längre avgifter än de ovan är tillåtet men ovanligt i praktiken. Allmänläkare kan fakturera en försäkringsgivare även om de inte har något kontrakt sinsemellan. Vård efter kontorstimmar hos allmänläkare erbjuds ofta hos speciella kooperativ. Allmänläkare som deltar i ett sådant system blir ersatta per timme. De allmänläkare som inte deltar i kooperativen har speciella, högre avgifter för hembesök och receptutgivning. Det är en uppdelning i ersättningssystemet mellan långa och korta besök. Det ger incitament att för läkarna att tänja korta besök till långa. NZa har på grund av detta rekommenderat försäkringsbolagen att genomföra effektivitetskontroller för att undgå fenomenet (Schäfer et al 2010).

4.2.3 Patientavgifter

Patientavgiften i Nederländerna består av en självrisk som korrigeras centralt varje år. Allmänläkare i Nederländerna är undantagna från självriskregeln. Detta innebär att allmänläkarbesök kan göras helt kostnadsfritt från patientens sida i Nederländerna (Ministry of Health, Welfare and Sports 2008). Självrisk som patienten behöver betala vid ett specialistvårdsbesök uppnådde 2014 till 360 Euro (Studenten-Zorgverzekering 2014). Till skillnad från de svenska patientavgifterna betalar patienten sina vårdkostnader själv till självrisk är uppnådd, därefter står försäkringsbolaget för resterande kostnader. Det finns möjlighet att teckna försäkring med högre självrisk i utbyte mot lägre årspremie, dock maximalt 500 euro högre än den centralt bestämda självrisk (Schäfer et al 2010).

5 Summerande tabeller

Följande tabeller summerar skillnader och likheter kring systemens uppbyggnad gällande konkurrens, ersättningsmekanismer och patientavgifter. De utmärkande dragen är den nederländska konkurrensen bland försäkringsgivare samt stora kostnadsskillnader för patienten i specialistvården.

Tabell 5.1 Organisering

Reglering och konkurrens	Sverige	Nederländerna
Statlig reglering av utbud	Ja	Ja
Konkurrens bland vårdgivare	Ja	Ja
Konkurrens bland försäkringsgivare	Nej	Ja

Tabell 5.2 Ersättning

Ersättning till allmänläkare	Sverige	Nederländerna
Per-patientersättning	Ja	Ja
Rörlig ersättning (per besök eller behandling)	Ja	Ja
Allmänläkarens anställningsform	Fast lön vanligast	Egen entreprenör vanligast

Tabell 5.3 Patientavgifter

Patientavgifter	Sverige	Nederländerna
Allmänläkare	150 kr per besök	0 kr per besök
Specialistläkare	300 kr per besök	Upp till 360 euro \approx 3260 kr
Avgiftstak öppenvård	1100 kr per år	360 Euro \approx 3260 kr per år

6 Analys

6.1 Vårdgivarincitament

Vissa likheter går att urskilja i vårdgivares ekonomiska incitament. I båda länderna är ersättningssystemet uppdelat i olika bitar men med en ersättning som dels är per besöksbaserad och en annan, fast avgift som är en per-patientbaserad. I Sverige står per-patientersättningen i de flesta landsting för över 70 % av ersättningen och i Skåne är andel så hög som 95 % (Socialstyrelsen 2010).

I Nederländerna uppgår den fasta ersättningen till ungefär 50 euro per person, med korrektion för riskgrupper. Detta kan sättas i relation till besöksbaserade ersättningen som är 9 euro per besök (Schäfer et al 2010). Om en patient gör 4 besök per tolv månadersperiod, vilket är genomsnittet, innebär detta en ersättning om: $50 + 4 * 9 = 86$. $50/86 = 0,58 = 58 \%$

Ersättningen per-patient till allmänläkare i Nederländerna är alltså generellt lägre än till dem i Sverige.

En fast ersättning leder teoretiskt till att läkaren vill hålla kostnaderna nere för varje patient (Kruse & Ståhlberg 2013). Risken är då underproduktion av vård (Van Diljk et al 2013). Men det ger samtidigt incitament till att få fler patienter att registrera sig på enheten. I både Sverige och Nederländerna är primärvårdsmarknaden konkurrensutsatt (Anell et al 2012; Schäfer et al 2010). Om patienten har möjlighet att byta vårdgivare fritt kan konkurrensen komma att

balansera ut risken för underproduktion (Kruse & Ståhlberg 2013). Om vården är undermålig byter patienten helt enkelt vårdgivare.

6.1.1 Allmänläkarens anställningsform

Ersättningsformen som sådan är någorlunda lika mellan länderna men skillnaden är större i den direkta ersättningen till allmänläkaren. I Nederländerna är de flesta allmänläkare privata entreprenörer. Det finns de som är anställda hos en annan allmänläkare på en praktik men det är mycket ovanligt (Schäfer et al 2010). Ersättningen för registrerade patienter och antal besök påverkar därför allmänläkarens lön direkt i Nederländerna. I Sverige däremot har allmänläkare generellt en fast lön (Anell et al 2012). Ersättningen som utgår från landstinget till vårdenheten. Läkarens egen inkomst påverkas inte direkt av en per-besöksbaserad ersättning.

Anställningsformer med fast lön har anklagats för att inneha effektivitetsbrister då läkaren saknar ekonomiska incitament att hålla kostnaderna för vården nere (Kruse & Ståhlberg 2013). Kvantitativa studier av ersättningsmodeller till läkare har upprepade gånger visat på att lön ger färre klinikbesök, färre hembesök och fler förebyggande insatser än en ersättningsprincip som är per-besöksbaserad, alltså *Fee-for Service*. Dock är bilden inte helt klar och andra studier har visat på motsatta effekter (Anell 2005). En slutsats är ändå att de ekonomiska incitamenten som vårdgivaren kan få av den presumtiva, rörliga ersättningen som finns i både Nederländerna och Sverige bör vara starkare i Nederländerna. Detta då ersättningen där går direkt till läkaren som träffar patienten medan ersättningen i Sverige snarare drabbar vårdcentralen och om den alls drabbar läkaren så är det en indirekt effekt.

Då den besöksbaserade ersättningen är presumtiv beror de ekonomiska incitamenten av om ersättningen som ges är större eller mindre än den kostnad det innebär att ge ytterligare vård på enheten.

6.1.2 Allmänläkare respons på ekonomiska incitament

I vilken grad vårdgivare agerar utifrån ekonomisk styrning kan vara svårt att kartlägga; beror ökade kostnader på ett ökat vårdbehov, ökad tillgänglighet eller är det faktiskt ett tecken på

vårdgivaren ökar patientens efterfråga av vård. Reformen i Nederländerna möjliggjorde dock att testa möjligheten att ekonomisk styrning i form av ersättningsmetoder påverkar vårdgivares produktion av vård.

Som nämnts tidigare var en majoritet av befolkningen försäkrade genom statliga sociala försäkringsfonder innan reformen 2006 (Schäfer et al 2010). Eftersom allmänläkare fick ersättning per patient av socialförsäkringen för dessa skulle allmänläkare enligt teorin öka antalet besök för dessa när ersättningen övergick till att delvis vara per-besöksbaserad, då ekonomiska incitamenten för att öka antalet konsultationer ökar. Situationen utnyttjades också av forskare som ett naturligt experiment. Reformen gjorde det möjligt att undersöka skillnaden i antalet primärvårdsbesök före och efter reformen för som tidigare haft gruppen med privat försäkring och gruppen som tidigare haft socialförsäkring genom *Difference in Difference-Metod*. Resultatet visade på att den gruppen där de som tidigare haft socialförsäkring ökade sina besök signifikant mer än de som tidigare haft privat (van Dijk & van den Berg et al 2013). Detta behöver inte vara ett tecken på överkonsumtion, då det tidigare systemet med per-personersättning ger allmänläkare ekonomiska incitament att ge för lite vård (Morris et al 2012).

6.1.3 Incitament att undvika specialistvård

Om individer gör fler besök till primärvården leder detta naturligtvis till högre kostnader för primärvården. Det behöver inte innebära att de totala kostnaderna för sjukvård går upp. Ett system där allmänläkare är portvakt har länge ansetts som ett bra sätt att minska utvecklingen i sjukvårdskostnader (Friedberg et al 2010). I Nederländerna blir allmänläkarens roll som första ingång till vård viktig då patienter måste gå genom primärvården för sedan remitteras till specialistvården, med undantag för akuta fall (Schäfer et al 2010). I Sverige finns däremot inget sådant krav (SKL 2010).

Om vårdgivaren har incitament att remittera kan dock också påverkas av ersättningssystemet till läkaren. En allmänläkare som ersätts med en per-patientavgift kan erhålla en högre inkomst genom att remittera till specialistvård istället för att patienten får ytterligare vård hos allmänläkaren (Anell 2005). *Fee for Service*-ersättningen ger istället incitament för att patienten inte remitteras utan istället gör ytterligare besök hos allmänläkaren (Anell 2005). Då

ersättningen i båda länderna består i både per-patientersättning och en presumtiv per besöksersättning är det svårt att avgöra vilket som väger tyngst. Som nämnts tidigare är det relevant om den rörliga ersättningen är större eller mindre än kostnaden för att ge ytterligare vård på enheten. I Sverige tillämpar många landsting även täckningsgrad som grund för ersättningen (se avsnitt 3.2.3). Vårdenhetens ersättning baseras då på hur hög andel av de totala öppenvårdsbesöken de listade patienterna gör som sker i primärvården (SKL 2010). Detta bör ge incitament att undvika onödiga remitteringar från vårdenhetens sida.

Mycket tyder dock på att löneformen som sådan har effekt på remitteringen till specialistvård. En kvantitativ undersökning genomförd av Ringberg med flera (2013) studerade remitteringsgraden bland allmänläkare i Norge och fann att det fanns en signifikant högre remitteringsgrad bland lönearbetande allmänläkare i jämförelse med dem med egen klinik. De allmänläkare med egen klinik fick ersättning per-patient samt per-besök. Remitteringsgraden skiljde sig med hela 4,1 procent (remitteringsgrad 16,2% mot 12,1%). Resultatet pekar på att den löneform som dominerar bland allmänläkare i Sverige leder till remittering i högre grad än den löneform som dominerar bland allmänläkare i Nederländerna.

6.2 Riskdelning

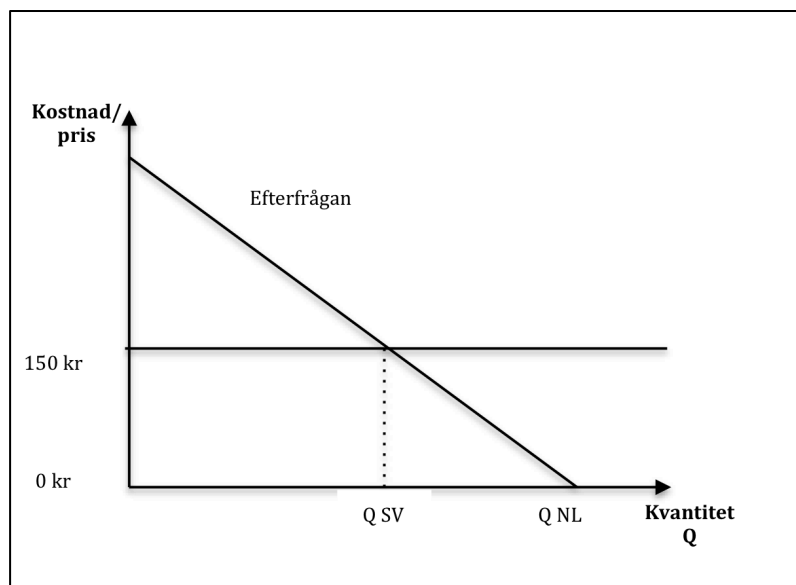
I det svenska såväl som det nederländska delar försäkringsgivare och vårdgivare på risken då det i båda länderna tillämpas en presumtiv ersättning som delvis är per-besöksbaserad. Övåntat stora kostnader för en viss patient drabbar då båda parter. Dock kan den reella effekten av riskdelningsmodellen antas vara högre i Nederländerna än Sverige då många vårdenheter är i offentlig regi. Vid en förlust är det landstinget som drabbas ekonomiskt och det är också landstinget som är försäkringsgivare och skatteinsamlare. Detta drabbar även konkurrensen. Även om ersättningsprinciperna är desamma blir konsekvenserna olika om vårdcentralerna går med förlust (Konkurrensverket 2012). I en modell som Sveriges där det syftet är att det ska råda konkurrens för att öka inträdet av privata vårdgivare och öka kvaliteten (Socialstyrelsen 2010) samtidigt som en hög andel av vårdcentralerna är offentliga och sedan tidigare etablerade är problematiskt.

I vissa landsting har dock ”balansräkning” för de vårdenheter i egenregi. Detta innebär att vårdenheter som gått med förslut ena året kan ta igen det nästa år (Konkurrensverket 2012). Vid ett sådant arrangemang bör riskdelningen mellan vårdenhet och försäkringsgivare bli mer likvärdig mellan offentliga och privata aktörer. I Nederländerna har egenföretagande allmänläkare varit starkt dominerande under lång tid (Schäfer et al 2010). Denna snedvridande situation med dels offentliga och dels privata vårdenheter uppstår därför inte på samma sätt och enheterna konkurrerar i högre grad på lika villkor. I Sverige står patienten för en del av den ekonomiska risken medan patienter i Nederländerna inte bär någon ekonomisk risk för höga vårdkostnader i primärvården

6.3 Patientincitament

I det svenska systemet betalar patienterna en del av ersättningen till allmänläkaren ur egen ficka, medianavgiften i landet är 150 kronor per besök (SKL 2010). Då avgiften betalas per besök (dock max 1100 kr per tolv månadersperiod) har varje besök en marginalkostnad om 150 kronor. Patienter i Nederländerna betalar sedan 2006 ingenting för att gå till en allmänläkare, däremot betalar patienten kostnader för specialistvård själv upp till 360 euro (ca 3260 kr). Patienter i Nederländerna har därför inget ekonomiskt incitament att undvika allmänläkarbesök. I Sverige däremot skulle patienter teoretiskt inte gå till en allmänläkare om de värderar värdet av besöket till 150 kronor eller mer. I Nederländerna är motsvarande värde 0 kronor, de skulle inte gå till en allmänläkare om besöket inte värderas värt tiden. Detta bör leda till ett högre utnyttjande i Nederländerna.

Figur 6.1 Utnyttjande av primärvård vid olika patientavgifter



Att individer inte konsumerar vård även om de har behov av vård kan många gånger förklaras av att den möjliga nyttan av vården är mindre än kostnaderna det innebär (Westerhout & Folmer 2007). I ett antagande att individer i Sverige och Nederländerna har samma efterfrågan av allmänläkarvård enligt kurvan "efterfrågan" i figur 6.1 så kommer de boende i Sverige att konsumera vård till kvantitet "Q SV" och individer i Nederländerna till "Q NL" beroende på skillnader i patientavgifter. Vårdkonsumtionen blir alltså högre i Nederländerna.

6.2.1 Incitament att undvika specialistvård

För en patient i Sverige är kostnadsskillnaden (landsgenomsnitt) mellan ett besök hos allmänläkare i primärvården och specialistvården 150 kronor (SKL 2014). Om ett besök hos vårdcentralen dessutom leder till en remittering till specialistvården är de ekonomiska incitamenten att först uppsöka primärvård ännu mindre. Patientavgifterna i Region Skåne kan tas som exempel. Ett besök hos läkare vid vårdcentralen där man är listad kostar 160 kronor. Om allmänläkaren remitterar till specialistvården kostar specialistvårdbesöket ytterligare 200 kronor. Ett besök hos specialisläkare utan remiss kostar 300 kronor. (Region Skåne 2014). Genom att inte gå genom primärvården sparar patienten 60 kronor. I Nederländerna har patienten dels inte möjligheten att gå till specialistvården direkt, dels har patienten starkt ekonomiskt incitament att undvika specialistvård om möjligt. Att gå via en allmänläkare

innebär ingen ekonomisk kostnad för patienten. Vål i specialistvården är patienten betalningsskyldig för hela vårdkostnaden upp till 360 euro. Slutsatsen blir att patienter i Nederländerna har låga incitament att undvika primärvården men stora incitament att undvika specialistvård, medan skillnaderna i dessa två är betydligt svagare i Sverige.

6.4 Försäringsgivare och konkurrens

En betydande skillnad mellan jämförelseländerna är hur försäringsgivarrollen är reglerad från statligt håll. I Sverige är en stor del av primärvårdsenheterna där allmänläkare arbetar i offentlig drift där samma aktör är såväl försäkrare som utförare. Denna skulle teoretisk kunna minska de incitamentproblem som uppstår mellan vårdgivare och försäringsgivare då de är integrerade (Barr 2004). Dock har landstinget som försäringsgivare delvis distanserat sig från vårdcentralerna i och med vårdvalet, då ersättningsmekanismerna ser likadana ut för offentliga som privata vårdgivare.

Sjukvårdsförsäringmarknaden lider av informationsproblem som resulterar i marknadsmisslyckanden som introducerades i teorikapitlet. Ett av marknadsmisslyckandena är snedvridet urval (se avsnitt 2.2.1). Detta problem som teoretiskt kan lösas genom statlig intervention med försäringsobligatorium (Kruse & Ståhlberg 2013) löser båda länder på samma sätt – genom just att göra sjukvårdsförsäringen obligatorisk för alla invånare och att premien ej beror av risk.

Om en marknad med konkurrerande försäringbolag ska kunna överleva måste ytterligare regleringar vidtas. Konkurrensen mellan försäringbolagen riskerar annars att bli snedvriden beroende på vem som fått flest individer med hög risk för sjukdom. I Sverige är försäringen inte bara obligatorisk utan även offentligt driven och finansierad via skatten. I Nederländerna har ett riskjusteringssystem utvecklats för att möjliggöra konkurrens (Schäfer et al 2010).

I Nederländerna finns sedan 2006 konkurrens både bland vårdgivare och försäringsgivare. Detta skulle teoretiskt kunna leda till effektiv prissättning av vård (Halbersma et al 2011).

En poäng med reformen var att försäringsgivare och vårdenheter skulle förhandla om ersättningsnivåer. Försäringsgivare har incitament att pressa ned ersättningsnivåerna för att kunna erbjuda lägre premier till patienterna (van de Ven & Schut 2008). Förhandling mellan

två konkurrensutsatta parter – försäkringsgivare och vårdgivare- kan då leda till en konkurrens i priser och på så vissa pressa priserna nedåt. I Sverige finns ingen konkurrens på försäkringsgivarsidan och ersättningsnivåerna bestäms således inte av förhandlingar på samma sätt. Konkurrens där ersättningen är fast leder som tidigare nämnt till konkurrens i kvalitet.

I relationen försäkringsgivare och vårdgivare finns det alltså större incitament att pressa ned kostnaderna för vården i Nederländerna än det finns i Sverige. Dock har förhandlingarna i Nederländerna hittills gått långsamt och förhandlingarna mellan allmänläkarklinker och försäkringsgivare har varit obefintliga (Schäfer et al 2010). Det är därför inte troligt att konkurrensen bland försäkringsgivare redan nu har lett till lägre kostnader, då ersättningsprinciper som tillämpas fortfarande är de centralt satta.

6.5 Teoretiska slutsatser

Huvudsyftet med uppsatsen är att jämföra skillnader i ekonomiska incitament mellan länderna att producera och konsumera vård i primärvården, med fokus på allmänläkarvård. De ekonomiska incitamenten för vårdgivarenheter att erbjuda vård till patienter kan anses förhållandevis lika i länderna. I båda fallen får vårdgivaren en del som är per-patientbaserad och en del som är rörlig. Detta gör att försäkringsgivaren och vårdgivaren delar på risken för ”extra sjuka” patienter.

I teorin finns ekonomiska incitament för försäkringsgivare att tvinga ner ersättningsnivåerna till vårdgivare på ett annat sätt än i Sverige. Detta har också varit en poäng med reformen. Dock meddelar Nederländska regeringen i en rapport att nästan inga förhandlingar skett på primärvårdsnivå.

Riskdelning mellan vårdenhet och försäkringsgivare ser förhållandevis lika ut för länderna, parterna delar på risken med presumtiv ersättning för vård som delvis är ber-besöksbaserad. Den reella riskdelningen för vårdenhet och försäkringsgivare kan dock ses som svagare i Sverige då många enheter är i offentlig drift. Konkurrensverket studie (2012) hävdar även att det påverkar en fungerande konkurrens. Detta problem finns inte i Nederländerna.

I de ekonomiska incitamenten för patienten är skillnaden större. Dels har patienter i Sverige större anledning att undvika vård än Nederländska patienter – marginalkostnaden för ett besök är ca 150 respektive 0 kronor. Dessutom skiljer sig länderna i kostnadsskillnad mellan primärvård och specialistvård. Kostnadsskillnaden är mycket liten i Sverige medan den kan bli upp till 360 euro i Nederländerna.

7 Vårdutnyttjande och kostnader

I tidigare avsnitt har jag diskuterat de olika incitament som finns för allmänläkare och patienter under de system och regleringar som finns i respektive land. Motsvarar detta det som faktiskt går att observera i länderna? I detta avsnitt jämförs data över ländernas vårdutnyttjande och vårdkostnader med de teoretiska slutsatserna.

7.1 Antal läkarkonsultationer

Från den teoretiska analysen kan man förvänta sig fler allmänläkarbesök i Nederländerna än i Sverige, då nederländska allmänläkare via per-besöksersättning har direkta incitament att öka antalet besök (förutsatt att ersättningen är större än kostnaden) och att patienter betalar någon avgift till skillnad från patienter i Sverige. Tabell 7.1.1 och 7.1.2 totala besök samt besök till allmänläkare per person i respektive land.

Tabell 7.1.1 Läkarpbesök i Sverige per person och år

År	Allmänläkarbesök	Totalt antal besök	Andel allmänläkarbesök av totala besök
2003	1,17	2,8	42%
2004	*	2,8	*
2005	1,2	2,8	43%
2006	1,21	2,9	42%
2007	1,22	2,8	44%
2008	1,26	2,9	43%
2009	1,41	2,9	49%
2010	1,44	3	48%
2011	1,48	3	49%

Källa: SKL (2003-2011) och Eurostat (2014).

Tabell 7.1.2 Läkarpbesök i Nederländerna per person och år

År	Allmänläkarbesök	Läkarpbesök totalt	Andel allmänläkarbesök av totala besök
2001	4	5,8	69%
2002	3,8	5,6	68%
2003	3,9	5,5	71%
2004	3,5	5,3	66%
2005	3,6	5,4	67%
2006	3,6	5,6	64%
2007	3,8	5,7	67%
2008	4,1	5,9	69%
2009	3,8	5,7	67%
2010	4,2	6,6	64%
2011	4,3	6,6	65%

Källa: CBS Statistics Netherlands och Eurostat

Tabellerna visar i överensstämmelse med detta att fler allmänläkarbesök görs i Nederländerna och att de står för en högre andel av det totala antalet besök än i Sverige. Detta gäller dock även för perioden före 2006 då ungefär två tredjedelar av invånarna i Nederländerna hade en socialförsäkring där läkarna ersattes med per-patientersättning.

Dock visar tabellerna även att det görs fler läkarbesök totalt i Nederländerna, detta kan inte förklaras av tidigare teoretiskt resonemang. I Sverige kan patienterna själva kontakta specialistläkare och betalar då ungefär 150 kronor mer än vid ett allmänläkarbesök (SKL 2010). Då allmänläkarna har fast lön som ersättning i de flesta fall har de inget incitament att ”hålla kvar” patienter utan snarare orsak att remittera. Situationen i Nederländerna är den omvända. Patienten betalar upp till 360 euro mer för ett specialistbesök än allmänläkarbesök och allmänläkaren har ekonomiska incitament att inte remittera då ersättningen delvis är per besök-relaterad.

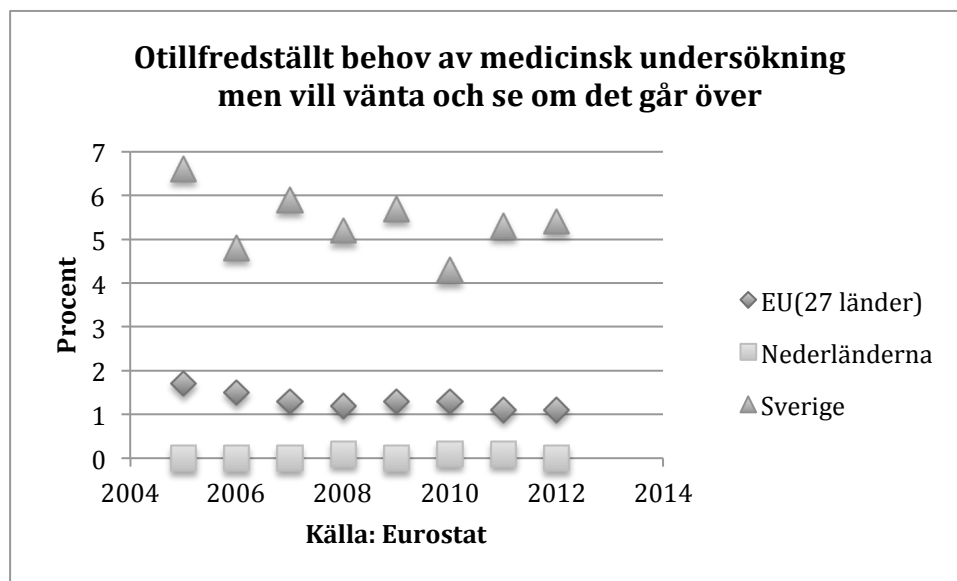
7.1.1 Undvikande av läkarkonsultationer

I Eurostat, Europeiska Unionens statistikdatabas finns data över andelen i befolkningen med otillfredsställda vårdbehov. Respondenterna blir tillfrågade om de har några otillfredsställda behov av medicinsk undersökning och i så fall varför (Eurostat 3) Anledningarna delas in i väntetid, rädsla för sjukhus, avstånd till vårdenhet, att vården är för dyr samt ”hopp”. Med ”hopp” innebär de som svarat att de vill vänta och se om det går över (Eurostat 1).

Det finns en betydande skillnad mellan Sverige och Nederländerna i andel med otillfredsställda vårdbehov. I Nederländerna var andelen som svarade att de inte har otillfredsställda vårdbehov alls 98,8 2012. I Sverige var motsvarande siffra 88,5 (Eurostat 1). Länder har små skillnader i andelen som svarat att väntetid eller dyr vård som skäl att vänta. Den större delen av skillnaden mellan länderna tycks kunna förklaras av de som svarat att de har ett behov men vill vänta ut det och se om det går över (Eurostat 1).

Att invånare i Sverige i högre grad väntar istället för att besöka vården om marginalnyttan av ett vårdbesök ses som litet gör att skillnaden ser ut att stämma med den teoretiska slutsatsen att besöken blir färre då marginalkostnaden i Sverige är högre (se avsnitt 6.2). Detta bör dock tolkas med försiktighet då individer sannolikt påverkas av fler faktorer än ekonomiska och det i insamlingen inte görs skillnad mellan behov som kräver specialistvård eller inte.

Figur 7.1.1 Andel av tillfrågade i respektive land som anser sig ha ett otillfredsställt behov av medicinsk undersökning men ”vill vänta och se om det går över”

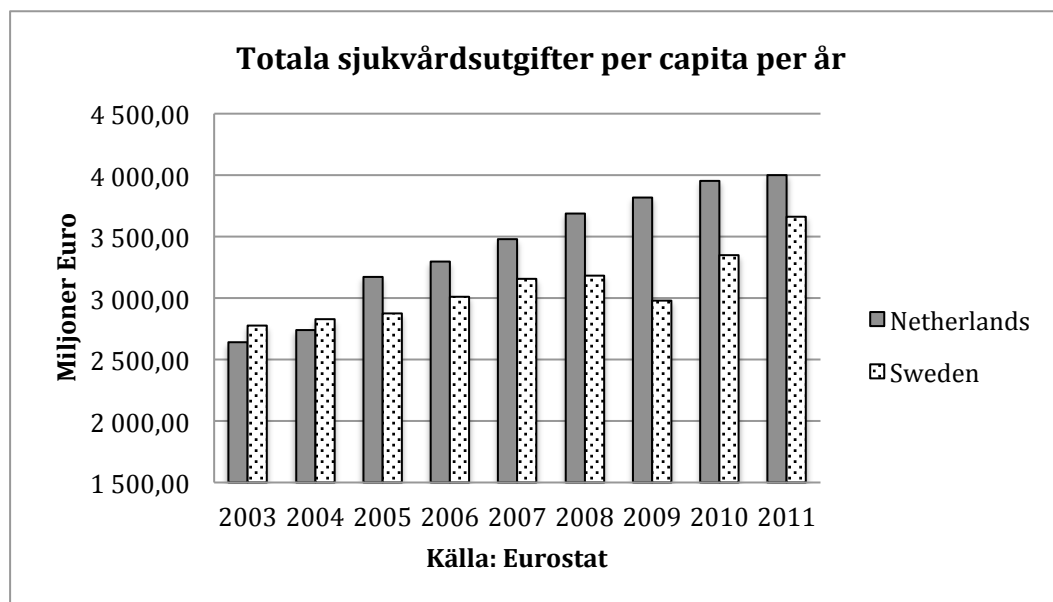


I tabell 7.1.1 visas andelen av respondenterna som svarat att de har ett otillfredsställt behov av medicinsk undersökning och angett ”vill vänta och se” som anledning. Nederländernas andel är betydligt lägre än EU-genomsnittet, medan Sveriges andel är betydligt högre. Någon tydlig förändring efter försäkringsreformen i Nederländerna 2006 eller vårdvalet i Sverige 2010 ser inte ut att kunna observeras utifrån denna övergripande data.

7.2 Vårdutgifter

Den anledning som framförts för ett utökande av primärvården är som tidigare nämnt delvis kostnadseffektivitet, sjukhusens avancerade resurser ska inte användas i onödan. Det är därför intressant att titta på de totala sjukvårdkostnaderna för länderna, dessa visas i figur 7.3. Nederländerna har en högre kostnad per person för sjukvård och kostnaden har gått upp sedan reformen infördes och ligger betydligt högre än Sveriges.

Figur 7.2.1 Totala sjukvårdsutgifter per capita per år



Frågan är om dessa skillnader även gäller primärvården och allmänläkaren. Respektive lands kostnader för allmänläkarvård visas i tabell 7.2.1 och 7.2.2. I tabellerna står kostnaderna i svenska kronor. För fullständiga tabeller med redovisning hur talet räknats ut, se appendix.

Även om de totala kostnaderna för sjukvård har gått upp i Nederländerna kan det inte förklaras av allmänläkarvården. Det går att urskilja en mindre kostnadsökning för allmänläkarvård 2006 då nya ersättningsystemet infördes. Dock är andelen allmänläkarvård av de totala kostnaderna har varit i stort sett konstant (se tabell 7.2.2). Kostnadsökningen i landet tycks alltså ha sin förklaring på andra håll än primärvården. I och med reformen i Nederländerna infördes också ett nytt system för ersättning till specialistvård (Schäfer et al 2010) som inte behandlas i denna uppsats.

Överraskande är att Sverige har en högre andel av de totala sjukvårdskostnaderna hos allmänläkare än Nederländerna. Om de nederländska kostnaderna för allmänvård översätts till kronor i aktuell växelkurs (9,06) är de totala kostnaderna för allmänläkarvård per person i Nederländerna också mindre än i Sverige, trots att fler besök görs. Förklaringen till detta kan vara att en per-besöksersättning premierar korta och många besök medan en läkare med fast lön inte på samma sätt påverkas ekonomiskt av dessa incitament. Ett annat skäl kan vara att en prestationsbaserad lön ger högre produktivitet bland läkare. Anell (2005) tar i boken

Primärvård i förändring till exempel upp skillnader i tid mellan patienter, där svenska läkare har längst tid mellan varje patient i en jämförelse mellan 32 europeiska länder.

Tabell 7.2.1 Sverige Kostnader för Hälso- och sjukvård

År	Allmänläkarkostnader per capita i kronor	Allmänläkarvård miljoner kr	Totala Vårdkostnader miljoner kronor	Andel
2003	1416,2	12708	236928	5,4%
2004		Uppgifter saknas	Uppgifter saknas	*
2005	1452,6	13135	250947	5,2%
2006	1553,0	14145	263472	5,4%
2007	1590,6	14593	278754	5,2%
2008	1690,1	15632	295706	5,3%
2009	1844,4	17211	308683	5,6%
2010	1966,8	18504	316023	5,9%
2011	2025,1	19190	331307	5,8%

Källa: SKL (2003:2011) och Eurostat

Tabell 7.2.2 Nederländerna Kostnader för hälso- och sjukvård

År	Allmänläkarkostnader per capita kronor	Allmänläkare miljoner kronor	Totala vårdkostnader miljoner kronor	Andel
2003	1144,2	18527,7	422295,66	4,4%
2004	1126,8	18319,32	443595,72	4,1%
2005	1122,4	18301,2	506164,08	3,6%
2006	1265,2	20665,86	557606,76	3,7%
2007	1343,1	21970,5	591962,28	3,7%
2008	1349,7	22142,64	617103,78	3,6%
2009	1357,4	22378,2	617103,78	3,6%
2010	1363,2	22595,64	643604,28	3,5%
2011	1467,0	24434,82	651015,36	3,8%

Källa: CBS statistics och Eurostat. Nederländernas kostnader är översatta till svenska kronor enligt aktuell växelkurs (2014-05-23) 1€=9,06 SEK.

7.3 Sjukhusens kostnadsandel

Som tidigare nämnts har ett starkt argument för att ge patienter och vårdgivare incitament att öka konsumtionen av vård i primärvården är att i högre grad avlasta specialistvården på sjukhusen (Se Bergstrand 2013). I tabellerna ovan ser vi att kostnaderna för allmänläkarvård inte är större andel av totala kostnader i Nederländerna än i Sverige, trots att en större andel av besöken görs i allmänvården. Om man istället tittar på kostnadsandelen för sjukhusvård syns att Nederländerna lyckats hålla sjukhuskostnaderna nere. I Sverige står däremot sjukhusvården för närmare hälften av de totala kostnaderna. Tabell 7.3.4 visar kostnaderna för sjukhusvård som en andel av de totala vårdkostnaderna i länderna.

Tabell 7.3.4 Kostnaden för sjukhusvård som andel av totala vårdkostnader (%)

År/ Land	Nederländerna	Sverige
2003	36,17	46,19
2004	36,68	46,23
2005	33,49	46,14
2006	32,59	46,13
2007	32,66	46,41
2008	32,91	46,46
2009	33,52	46,06
2010	34,72	45,67
2011	33,55	46,00

Källa: Eurostat

Från tabellen går även att urskilja en nedgång i Nederländerna efter reformåret 2006 vilket tyder på en förflyttning från sjukhusvård till enskilda kliniker. Om detta beror på allmänläkarens portvaksroll är svårt att avgöra. Kostnaderna för den totala vården är ju fortfarande högre i Nederländerna, men de verkar inte kunna förklaras av varken en stor kostnad för allmänläkarvård eller en hög belastning hos sjukhusen

8 Slutdiskussion

Uppsatsen hade som syfte att undersöka vilka ekonomiska incitament för produktion och konsumtion av primärvård i Nederländerna och Sverige genom att undersöka de teoretiska incitamenten och sedan se hur de överensstämmer med vårdutnyttjandet och kostnaderna för vård i länderna. Då länderna har olika system för sjukvårdsförsäkringen har jag valt att även ta upp eventuella effekter av privata försäkringsgivare i uppsatsen.

Fler besök per person görs hos nederländska allmänläkare än svenska som visas i tabell 7.1.1 och 7.1.2. Detta stämmer överens med de skillnader i ekonomiska incitament som diskuterades i kapitel 6. Patientincitamenten och vårdgivarincitamenten är starkare i Nederländerna för att konsumera och producera vård på allmänläkarnivå då patienten inte betalar någon avgift och läkare har en lön direkt beroende av ersättningen från försäkringsgivaren. I Sverige finns en patientavgift för vård hos allmänläkare som gör att patienter i Sverige har incitament att konsumera mindre allmänläkarvård än i Nederländerna. I Sverige finns också en högre andel av befolkningen som svarar att de har otillfredsställda vårdbehov men vill vänta än i Nederländerna. Om detta kan relateras till incitamentsskillnader är oklart. Kanske är det snarare ett tecken på skillnader i tillgänglighet.

En anledning till att utvidga primärvården är att minska belastningen för specialistvården på de tekniskt avancerade sjukhusen. Detta kräver dock att ökade besök i primärvården resulterar i lägre utnyttjande av specialistvården. Enligt den teoretiska analysen har Nederländerna bättre instrument för att avlasta specialistvården. Detta då patienter har ekonomiska incitament att undvika den samt att allmänläkarens incitament att remittera vidare kan anses vara låga i jämförelse med Sverige. I Sverige är istället patientincitamenten att undvika specialistvården små samtidigt som läkarens incitament att remittera kan anses högre på grund av den fasta lönen.

Uppgifter om antal läkarbesök i kapitel 7 visar dock att även det totala antalet besök är högre i Nederländerna än Sverige. I uppsatsen har en avgränsnings gjorts till primärvårdens ersättningsprinciper och incitament. Det är troligt att specialistvårdsbesöken delvis beror på hur flödet ser ut från primärvård till specialistvård men även andra faktorer som inte behandlas i uppsatsen så som ersättning från landsting/försäkringsbolag till specialistvårdsenheter och sjukhus.

Kostnaderna för allmänläkarvård per person är lägre i Nederländerna än i Sverige. Detta trots att fler besök görs i Nederländerna. Detta kan vara ett tecken på att en provisionsbaserad lön leder till effektivitet. Dock måste tilläggas att Sverige haft en konkurrensutsatt primärvård under betydligt kortare tid än Nederländerna och effektivitetseffekter till följd av dessa har kanske ännu inte hunnit komma fram. Teoretiskt kan även en konkurrensutsatt sjukvårdsförsäkringsmarknad i Nederländerna vara en orsak till pressade priser i Nederländerna. Då förhandlingarna mellan försäkringsgivare och vårdgivare om ersättningarna varit i princip obefintliga är det inte troligt att de pressat kostnaderna nedåt i landet under den period jag tittar på.

En slutsats blir att primärvården som vakt till resterande vården inte behöver vara kostsam – förklaringen till de högre vårdkostnader som finns i Nederländerna verkar inte kunna finnas i allmänläkarvården. I ljuset av detta kan en utökning av primärvården i Sverige vara en god idé som kan möjliggöra ökat vårdutnyttjande utan en stor kostnadsökning som följd. Det öppnar också upp för vidare forskning kring de svenska patientavgifterna och vilka incitament de ger patienter att låta en allmänläkarkontakt guida vidare till rätt vårdnivå.

9 Referenser

- Anell, A. (2005). *Primärvård i förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Anell, A., Glenngård, A., Merkur, S. (2012) *Sweden Health system in transition* vol 14 nr 5 2012. European Observatory
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The american economic review*. Vol. 53 nr 5
- Auster, R. D., & Oaxaca, R. L. (1981). Identification of supplier induced demand in the health care sector. *Journal of Human Resources*, 16(3), 327-342.
- Baicker, K. & Levy, H. (2013) Coordination versus Competition in Health Care Reform *The New England Journal of Medicine* aug. 29 2013
- Barr, Nicholas (2004). *The economics of the welfare state*. 4. ed. Oxford: Oxford Univ. Press
- Bergstrand, O. (2013) Vägar för att öka antalet läkare i första linjens sjukvård - ett projektarbete av Ola Bergstrand. *Rapport hämtad från Läkarförbundets webbplats. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.slff.se/Vi-tycker/Halso--och-sjukvardspolitik/Bemanning-inom-primarvarden/Rapporter/>*
- Blomqvist, Å (1991). The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care. *Journal of Health economics* 10(4), 411-432
- Carpenter, C. E. (2013). The Answer to Every Question. *Journal of Financial Service Professionals*, 67(5),36-38
- CBS Statistics Netherlands *Health and Social Care Accounts; expenditure and financing* [Elektronisk]: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLEN&PA=71914eng&D1=0-6,14-45&D2=3-13&LA=EN&HDR=G1&STB=T&VW=T> Hämtat 2014-05-16
- Chandra, A., Cutler, D. & Song, Z. (2012) "Who Ordered That? The Economic of Treatment Choices in Medical Care" i Pauly, M.V., McGuire, T.G. & Barros, P.P. (red.) (2012). *Handbook of health economics. Vol.2*. Amsterdam: North Holland. s. 397-425.
- Denk, T. (2002). *Komparativ metod: förståelse genom jämförelse*. Lund: Studentlitteratur
- ECB 2014 *Euro exchange rates SEK* [Elektronisk]: <http://www.ecb.europa.eu/stats/exchange/eurofxref/html/eurofxref-graph-sek.en.html>. Hämtad 2014-05-26

- European Observatory (2014): European Observatorys on Health systems and policies webbplats. *About us* [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/about-us> Hämtad: 2014-05-28
- Eurostat 1: EU:s statistikmyndighets (Eurostat) webbplats. *Statistic database – Population and social conditions* [Elektronisk]: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database Hämtad: 2014-04-10
- Eurostat 2: EU:s statistikmyndighets (Eurostat) webbplats *Eurostat Metadata- Comparability* [Elektronisk] Tillgänglig: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/DE/hlth_res_esms.htm#comparability1392278459069 Hämtad: 2014-05-28
- Eurostat 3: EU:s statistikmyndighets (Eurostat) webbplats *Eurostat Metadata- statistical concepts and definitions* [Elektronisk] Tillgänglig: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/EN/hlth_silc_01_esms.htm#class_system Hämtad: 2014-05-28
- Greß, Manougulian & Wasen (2007). Health Insurance Reform In the Netherlands. *CESifo DICE Report 1/2007 (Spring)*, Ifo Institute for Economic Research, Munich, 2007, 1-84
- Halbersma, R., Mikkers, M., Mothchenkova, E. & Seinen, I. (2011). Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands. *The European Journal of Health Economics: HEPAC; Health Economics In Preention And Care*, 12(6), 589-603
- Konkurrensverket. (2009). Uppföljning av vårdval i primärvården. Förutsättningar och hinder. Delrapport 1.
- Konkurrensverket. (2012). Uppföljning av vårdval i primärvården. Förutsättningar och hinder. Delrapport 2
- Kruse, A. & Ståhlberg, A. (2013). *Welfare economics: theory, empirical results and the Swedish experience*. (1. ed.) Lund: Studentlitteratur.
- Mark W., Peter S., H., & Eric C., S. (2010). Primary Care: A critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care. *Health Affairs*, 29(5), 766-772
- Maynard, A (2013). Health Care Rationing: Doing It Better in Public and Private Health Care Systems, *Journal Of Health Politics, Policy and Law*, 38(6), 1103-1127
- McGuire, T. G & Ellis, R.P (1990). Optimal payment systems for health services. *Journal of Health Economics*, 9(4), 375-396
- Ministry of Health, Welfare and Sport (2012) *Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands; summary*

- Morris, S. & Delvin, N (2012). *Economic analysis in health care*. 2. ed. Chichester: John Wiley & Sons
- Nationalencyklopedin: Nationalencyklopedins webbplats. *Human Development index* [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.ne.se/human-development-index> Hämtad: 2014-5-28
- Nationell Handlingsplan för utveckling av Hälso- och sjukvården 2000 (Prop. 1999/2000:149) Från Svenska regeringens webbplats [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/content/1/c4/14/70/aca2838a.pdf> Hämtad 2014-05-28
- Nederländska regeringen: Nederländska regeringens webbplats. *Health insurance* [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.government.nl/issues/health-issues/health-insurance>. Hämtad: 2014-05-01
- NZa: Nederlandse Zorgautoriteit/ Dutch Health Care Authority: (2007) *An Optimal remuneration system for General Practitioners*. [Elektronisk] Tillgänglig: http://www.NederlandseZorgautoriteit.nl/104107/230942/Paper_-_An_Optimal_remunera1.pdf. Hämtad: 2014-04-25
- Olofsson, C. (2013). *Primärvården som marknad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Region Skåne (2014) *Patientavgifter i Skåne*. Region Skånes webbplats 1177 Vårdguiden. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.1177.se/Skane/Regler-och-rattigheter/Patientavgifter-i-Skane/> Hämtad: 2014-05-27
- Ringberg, U., Fleten, N., Deraas, T.S., Hasvold, T., & FØrde, O. (2013). High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GP's gender and specialist qualifications in family medicine, a study of 4350 consultations. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1-10
- SCB (2012) *Pris, volym och värdemått* [Elektronisk]: http://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Priser-och-konsumtion/Kopkraftspariteter/Kopkraftspariteter-PPP/11701/Mer-om-undersokningen/#Pris Hämtad 2014-05-20
- SCB (2014) *Kommunalskatterna 2014* Sveriges officiella statistik; Statistiska meddelanden OE 18 SM 1401
- Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W. & van Ginneken, E. (2010) *the Netherlands Health system in transition* VOLYM OCH NUMMER
- SKL (2003:2012) *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling*. Årlig rapport från Sveriges kommuner och landsting
- SKL (2012) *Vårdval i primärvården: Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*.

- SKL (2014) *Nya patientavgifter 2014* [Elektronisk] http://www.skl.se/press/nyheter_2/nya-patientavgifter-2014 Hämtad: 2014-05-05
- Socialstyrelsen. (2010). *Införandet av vårdval i primärvården – Slutredovisning*
- Studenten-zorgverzekering (2014) *basic healthcare insurance*. [Elektronisk]: <http://www.studenten-zorgverzekering.nl/en/basic-healthcare-insurance.html> Hämtad 2014-05-05
- Söderström, L. (2008). *The economics of social protection: the welfare state and its alternative*. Cheltenham: Edward Elgar.
- van de Ven, W., & Schut, F. (2008). Universal mandatory health insurance in the Netherlands: a model for the United States?. *Health Affairs*, 27(3), 771-781
- van Dijk, C. E., van den Berg, B., Verheij, R. A., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P. P. and de Bakker, D. H. (2013), Moral Hazard and supplier-induced demand: Empirical Evidence in General Practice. *Health Econ.*, 22: 340–352. doi: 10.1002/hec.2801
- Westerhout, E. W. M. T., & Folmer, K. (2007). *Co-payment systems in health care: between moral hazard and risk reduction* (No. 78). CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis.
- WHO (2014) *European Health for all database* [Elektronisk]: <http://data.euro.who.int/hfad/>. Hämtad: 2014-04-01
- Wranik, D., & Durier-Copp, M. (2011). Framework for Design of Physician Remuneration Methods in Primary Health care. *Social Work In Public Health*, 26(3), 231-259.

APPENDIX

Tabell 1 Kostner för allmänläkarvård och totala vårdkostnader i Sverige i svenska kronor (SEK)

År	Allmänläkarvård mijoner SEK	Totala vårdkostnader miljoner SEK
2003	12708	236928
2004	*	*
2005	13135	250947
2006	14145	263472
2007	14593	278754
2008	15632	295706
2009	17211	308683
2010	18504	316023
2011	19190	331307

Källa: SKL och Eurostat

Tabell 2 Befolkningsmängd och allmänläkarkostnader per capita (SEK) I Sverige

År	Befolkningsmängd	Allmänläkarkostner per captia SEK
2003	8973472	1416,2
2004	9008883	
2005	9042663	1452,6
2006	9107935	1553,0
2007	9174464	1590,6
2008	9248976	1690,1
2009	9331619	1844,4
2010	9408320	1966,8
2011	9476105	2025,1

Källa: SK Loch SCB

Tabell 3 Kostnader för allmänläkarvård och totala vårdkostnader i Nederländerna i Euro

År	Allmänläkare miljoner Euro	Totala vårdkostnader miljoner Euro
2003	2045	46611
2004	2022	48962
2005	2020	55868
2006	2281	61546
2007	2425	65338
2008	2444	68113
2009	2470	68113
2010	2494	71038

Källa: CBS Statistics Netherlands och Eurostat

Tabell 4 Befolkningsmängd och allmänläkarkostnader per capita (EURO) i Nederländerna

År	Befolkningsmängd	Allmänläkarkostnader per capita Euro
2003	16192572	123,7
2004	16258032	123,3
2005	16305526	123,0
2006	16334210	122,8
2007	16357992	122,7
2008	16405399	122,4
2009	16485787	121,9
2010	16574989	121,3
2011	16655799	120,7

Källa: CBS Statistics Netherlands och Eurostat