

Frit valg og forbrugersuverænitet  
Konkurrenceudsættelse og OPP

Fri og lige adgang  
Equity



Hvor går de europæiske  
sundhedsvæsener hen?

Effektivisering  
Udgiftstyring

Udbud møder  
efterspørgsel

Jes Søgaard, professor, direktør  
Mette Bastholm, ph.d., projektleder  
[www.dsi.dk](http://www.dsi.dk)

Christiansborg, 27. oktober 2008



# Hvor går de europæiske sundhedsvæsen er hen?

- Mange tendenser, udfordringer og muligheder
  - Kvalitetssikring, akkreditering og patientsikkerhed
  - Omlægning til kronikeromsorg
  - Struktur og sygehusplanlægning
  - Sygehuskoncentration og 'det borgernære sundhedstilbud'
  - EU-Direktiver → Ét EU-sundhedsvæsen?
  - Vigende arbejdsstyrke → opgaveglidning og import
  - Balanceproblemer, efterspørgsel > udbud, ventetider
  - Sundhedsudgifter, der vokser hurtigere end resten af økonomien

The Looming Crisis in the Health Workforce:  
How can OECD countries respond?  
OECD Health Policy Studies 2008

## Hvor går de europæiske sundhedsvæseners hen?

- Vi har valgt fokus på reformer af overordnet organisering
  - Liberalisering, konkurrenceudsættelse
  - Borgerens frie valg (forsikringsordning, behandler)
  - Offentligt – privat samarbejde
- Og samtidig vil Europa fastholde Fri og lige adgang
- Og det kan godt give politiske udfordringer i politikudformning, ... og spændinger
- Sundhedspolitikken bliver værdipolitisk

# Disposition

1. Lidt beskrivelse
2. Reformer: Sætte markeds kræfter fri i offentligt styrede og finansierede sundhedssystemer med vægt på equity (fri og lige adgang)
3. Fire cases – hvordan gør man det så, og regulerer/tøjler dem - markeds kræfterne
4. Lidt beskrivelse
5. Hvor er fremtidens sundhedsvæsen på vej hen?

En oversigt baseret på litteraturgennemgang

Europæisk sundhedstjeneste og sundhedspolitisk forskning i senere år

Suppleret med diverse statistikkilder

Selekteret litteraturliste vedlagt

☺ og tak til Viola Burau og Kjeld Møller Pedersen



## Generel litteratur:

- Docteur E og Oxley, H. Health Care Systems, Lessons from the Reform Experience, OECD Health Working Papers, 2003(9), Paris.
- van Doorslaer E, and Koolman X, Explaining differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Economics*, 13; pp 609-628, 2004a.
- van Doorslaer E, and Koolman X, Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics*, 13; pp 629-647, 2004b.
- Hanratty, B., Zhang, T. and Whitehead, M. 2007. "How Close Have Universal Health Systems Come to Achieving Equity in Use of Curative Services? A Systematic Review," *International Journal of Health Services*, Vol. 37, No. 1, pp. 89-109
- Maynard, A. 2004. "Common Challenges in Healthcare Markets," pp. 279-292 in Maynard, A. (ed.), *The Public-Private Mix for Health*, Oxford: Radcliffe Publishing/The Nuffield Trust
- OECD Health Data 2008, 1. revision, June 26, 2008
- Or, Z., Jusot, F. and Yilmaz, E. 2008. "Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use," IRDES Working Paper no. DT 17, September 2008
- Pedersen, K. M. 2004. "The Public-Private Mix in Scandinavia," pp. 161-190 in Maynard, A. (ed.), *The Public-Private Mix for Health*, Oxford: Radcliffe Publishing/The Nuffield Trust
- Saliba, B. and Ventelou, B. 2007. "Complementary Health Insurance in France: Who Pays? Why? Who Will Suffer from Public Disengagement?" *Health Policy*, vol. 81, pp. 166-182
- Schoen C, Davis K, DesRoches C, Donelan K og Blendon R, Health insurance markets and income inequality: Findings from an international policy survey. *Health Policy* 51, 2000, pp 67-85.
- Schoen C og Doty MM, Inequities in access to medical care in five countries: findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. *Health Policy* 67, 2004, pp 309-322.
- Siciliani L og Hurst J, Explaining Waiting times for elective surgery across OECD. OECD/HEA 2003(7), Paris 2003
- Thomson, S. and Dixon, A. 2004. "Choices in Health Care: The European Experience," *Euro Observer*, Winter 2004, Vol. 6, No. 4, pp. 1-4
- Tuohy CH, Flood CM, Stabile M, How does private finance affect public health care systems? Marshalling the evidence from OECD nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol 29, no 3, 2004.
- University of Southern Denmark. 2008. "Privatization via PHI and Waiting Time Guarantee," *Health Policy Monitor*, Survey no. 11, 2008.
- van de Ven, W. P. M. M. 1996. "Market-Oriented Health Care Reforms: Trends and Future Options," *Social Science and Medicine*, Vol. 43, No. 5, pp. 655-666
- Williams, A. 2004. "The Pervasive Role of Ideology in the Optimisation of the Public-Private Mix in Public Healthcare Systems," pp. 7-20 in Maynard, A. (ed.), *The Public-Private Mix for Health*, Oxford: Radcliffe Publishing/The Nuffield Trust
- Desuden især *Health Systems in Transition* serien, udgivet af European Observatory on Health Systems and Policies...

## Tyskland:

- Bertelsman Stiftung. 2006. "Health Care Reform in Germany: Not the Big Bang," *Health Policy Monitor*, Survey no. 8, 2006
- Bertelsmann Stiftung. 2006. "Health Financing Reform Idea: Health Fund," *Health Policy Monitor*, Survey no. 7, 2006
- Brandt, Nicola. 2008. "Moving Towards More Sustainable Healthcare Financing in Germany," OECD Economics Department Working Paper no. 612
- Busse, R. 2008. "The Health System in Germany," *Eurohealth*, vol. 14, no. 1, pp. 5-6
- Riesberg, A. 2004. "Choice in the German Health Care System," *Euro Observer*, Winter 2004, Vol. 6, No. 4, pp. 6-9
- Wörz, M. and Busse, R. 2005. "Analysing the Impact of Health-Care System Change in the EU Member States – Germany," *Health Economics*, vol. 14, pp. 133-149

## Frankrig:

- Bellanger, M. M. and Mosse, P. R. 2005. "The Search for the Holy Grail: Combining Decentralized Planning and Contracting Mechanisms in the French Health Care System," *Health Economics*, vol. 14, pp. 119-132
- Cases, Chantal. 2006. "French Health System Reform: Recent Implementation and Future Challenges," *Eurohealth*, Vol. 12, No. 3, pp. 10-11
- Cases, C., Chevreul, K., Meunier, N., Mousques, J. and Or, Z. 2006. "Interview with Xavier Bertrand, French Minister of Health," *Eurohealth*, Vol. 12, No. 3, pp. 12-15
- Dourgnon, P. 2004. "Choice in the French Health Care System," *Euro Observer*, Winter 2004, Vol. 6, No. 4, pp. 9-11
- Durand-Zaleski, I. 2008. "The Health System in France," *Eurohealth*, Vol. 14, No. 1, pp. 3-4
- Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Sante (IRDES). 2005. "Hospital Payment Reform," *Health Policy Monitor*, Survey no. 5, 2005
- Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Sante (IRDES). 2007. "Hospital 2007," *Health Policy Monitor*, Survey no. 9, 2007
- Or, Z. and Pouvourville, G. d. 2006. "French Hospital Reforms: A New Era of Public-Private Competition?" *Eurohealth*, Vol. 12, No. 3, pp. 21-24
- Rochaix, L. and Hartman, L. 2004. "Public-Private Mix for Health in France," pp. 141-160 in Maynard, A. (ed.), *The Public-Private Mix for Health*, Oxford: Radcliffe Publishing/The Nuffield Trust

## Holland:

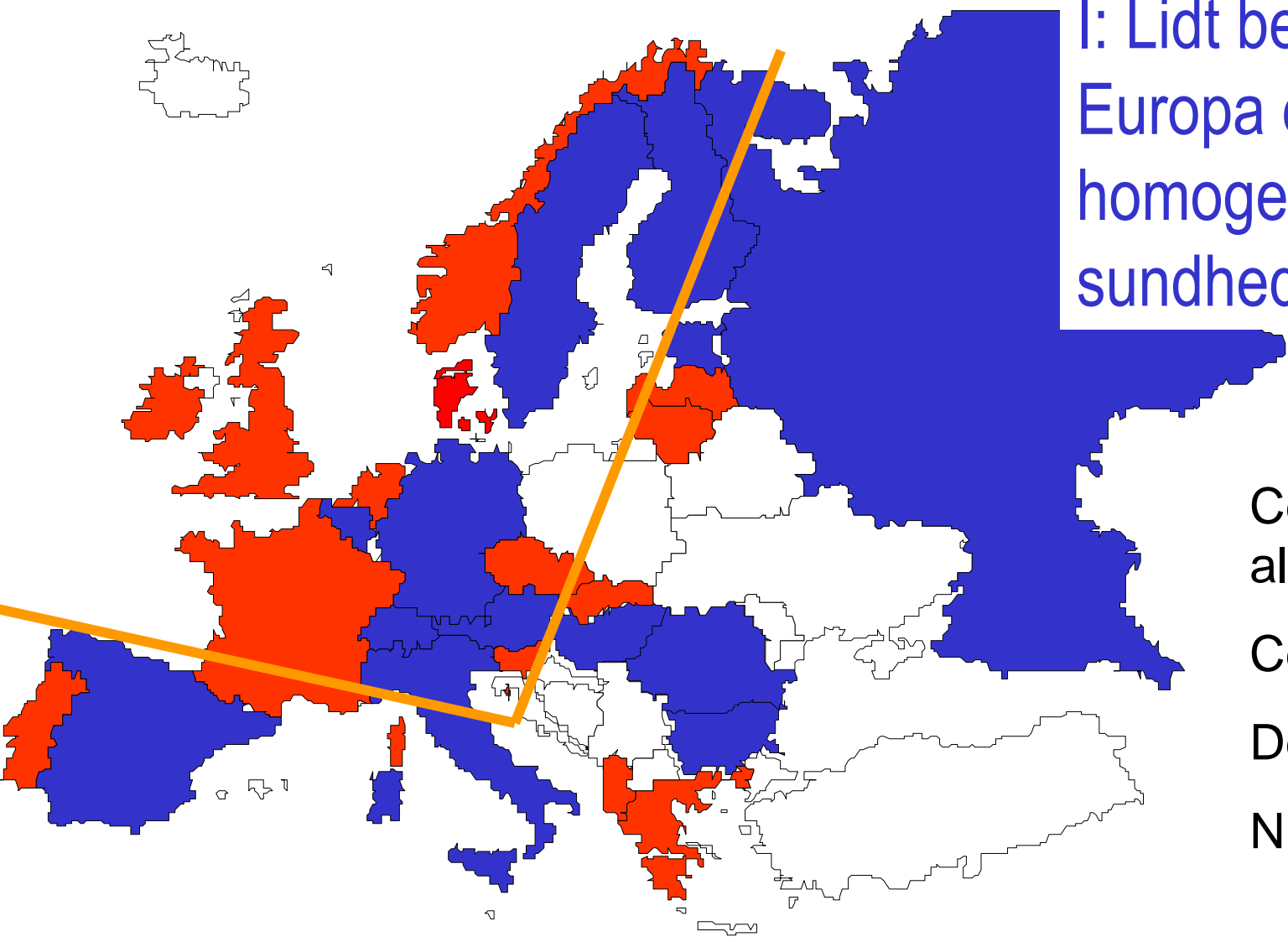
- De Jong, J. D., Brink-Muinen, A. v. d. and Groenewegen, P. P. 2008. "The Dutch Health Insurance Reform: Switching Between Insurers, A Comparison Between the General Population and the Chronically Ill and Disabled," *BMC Health Services Research*, Vol. 8, No. 58, pp.
- Klazinga, N. 2008. "The Health System in the Netherlands," *Eurohealth*, Vol. 14, no. 1, pp. 8-10
- Knottnerus, J. A. and ten Velden, G. H. M. 2007. "Dutch Doctors and Their Patients – Effects of Health Care Reform in the Netherlands," *New England Journal of Medicine*, Vol. 357, No. 24, pp. 2424-2426
- Maarse, H. and Meulen, R. T. 2006. "Consumer Choice in Dutch Health Insurance after Reform," *Health Care Analysis*, vol. 14, no. 1, pp. 37-49

## Storbritannien

- Boyle, S. 2008. "The Health System in England," *Eurohealth*, Vol. 14, No. 1, pp. 1-2
- Klein, R. 2007. "The New Model NHS: Performance, Perceptions and Expectations," *British Medical Bulletin*, vol. 81-82, pp. 39-50
- Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M. and Wistow, G. 2003. "Development of Integrated Care in England and the Netherlands: Managing Across Public-Private Boundaries," *Health Policy*, Vol. 65, pp. 227-241
- Oliver, A. 2005. "The English National Health Service: 1979-2005," *Health Economics*, Vol. 14, pp. 75-99



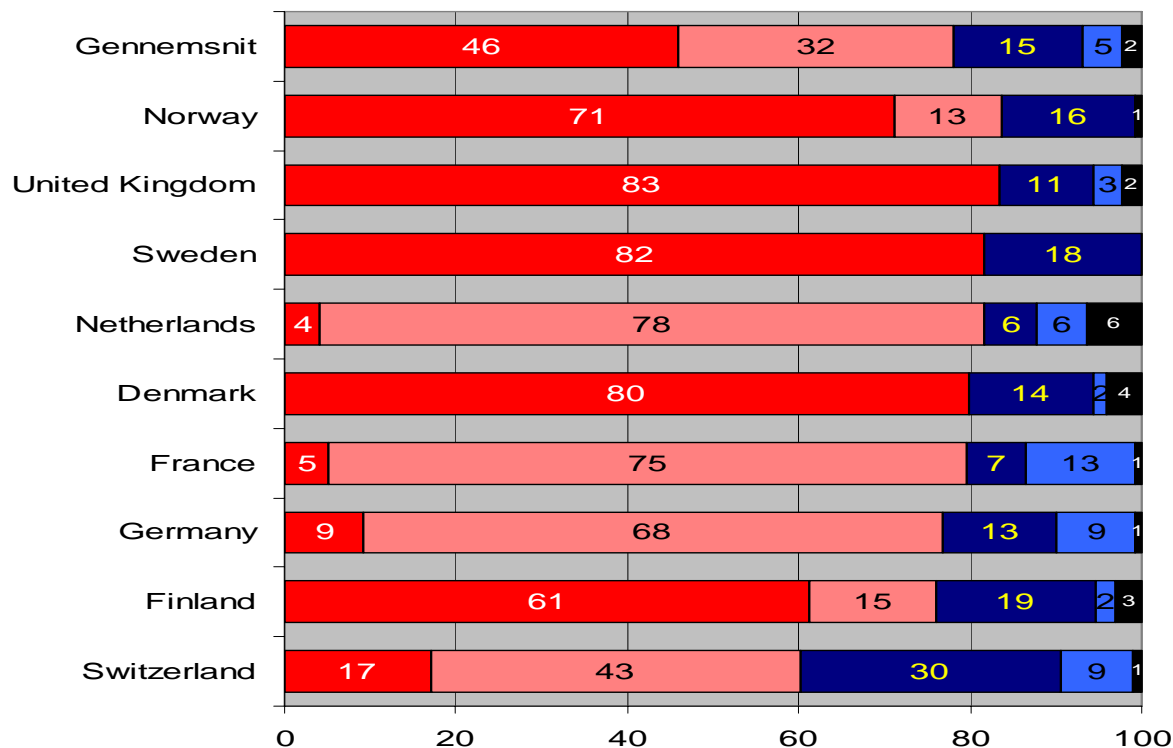
I: Lidt beskrivelse:  
Europa er stort og ikke  
homogent, heller ikke  
sundhedsvæsenene



Centralised/decentr  
alised financing:

- Centralised: ■
- Decentralised: ■
- N.A./unclear:

# Sundhedsudgifternes finansiering, 2005 eller 2006



Skat

Socialforsikring obligatorisk lønindkomstproportional

Out-of-pocket

Privat sundhedsforsikring  
Forskellige modeller

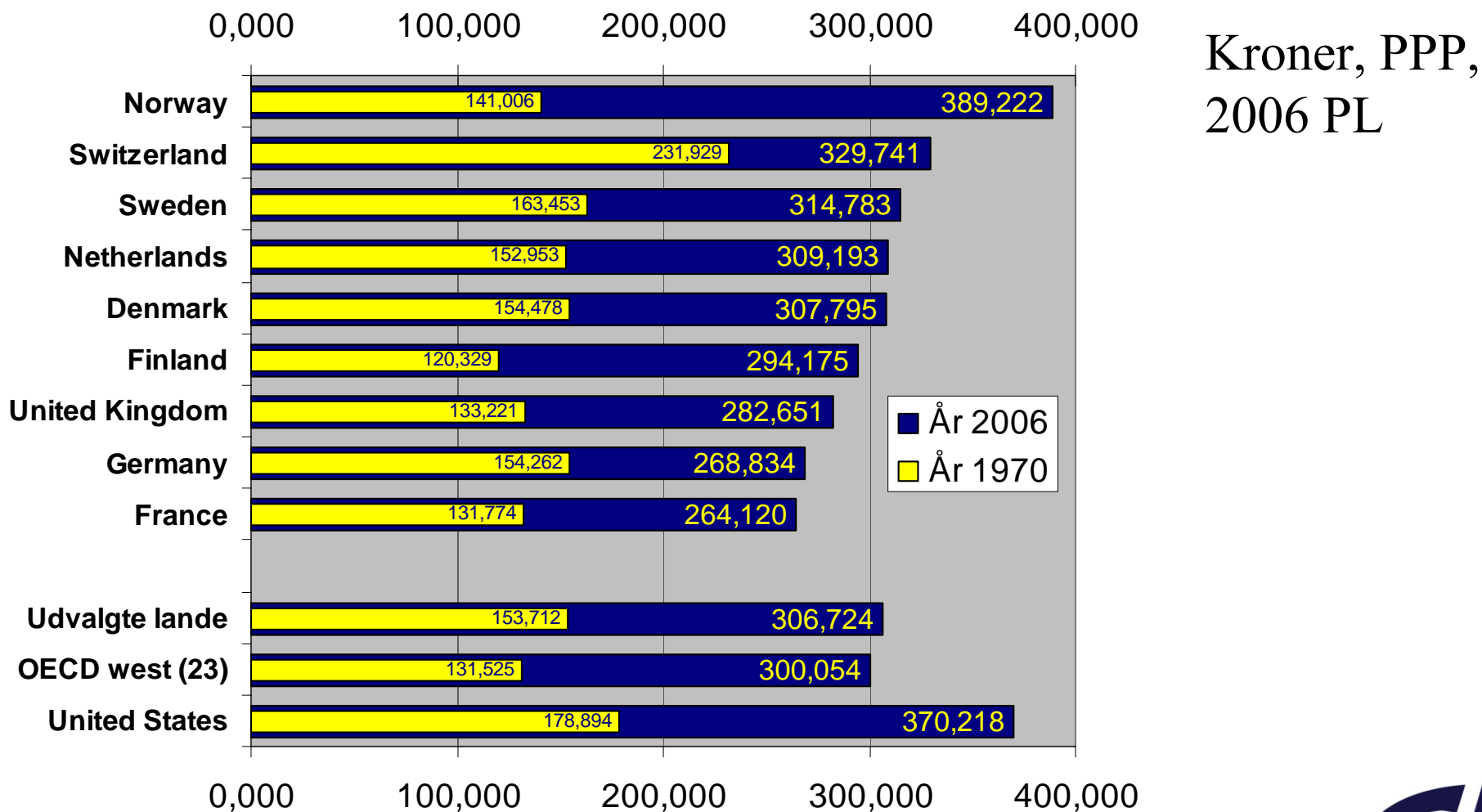
Andet

O  
F  
F  
E  
N  
T  
L  
I  
G

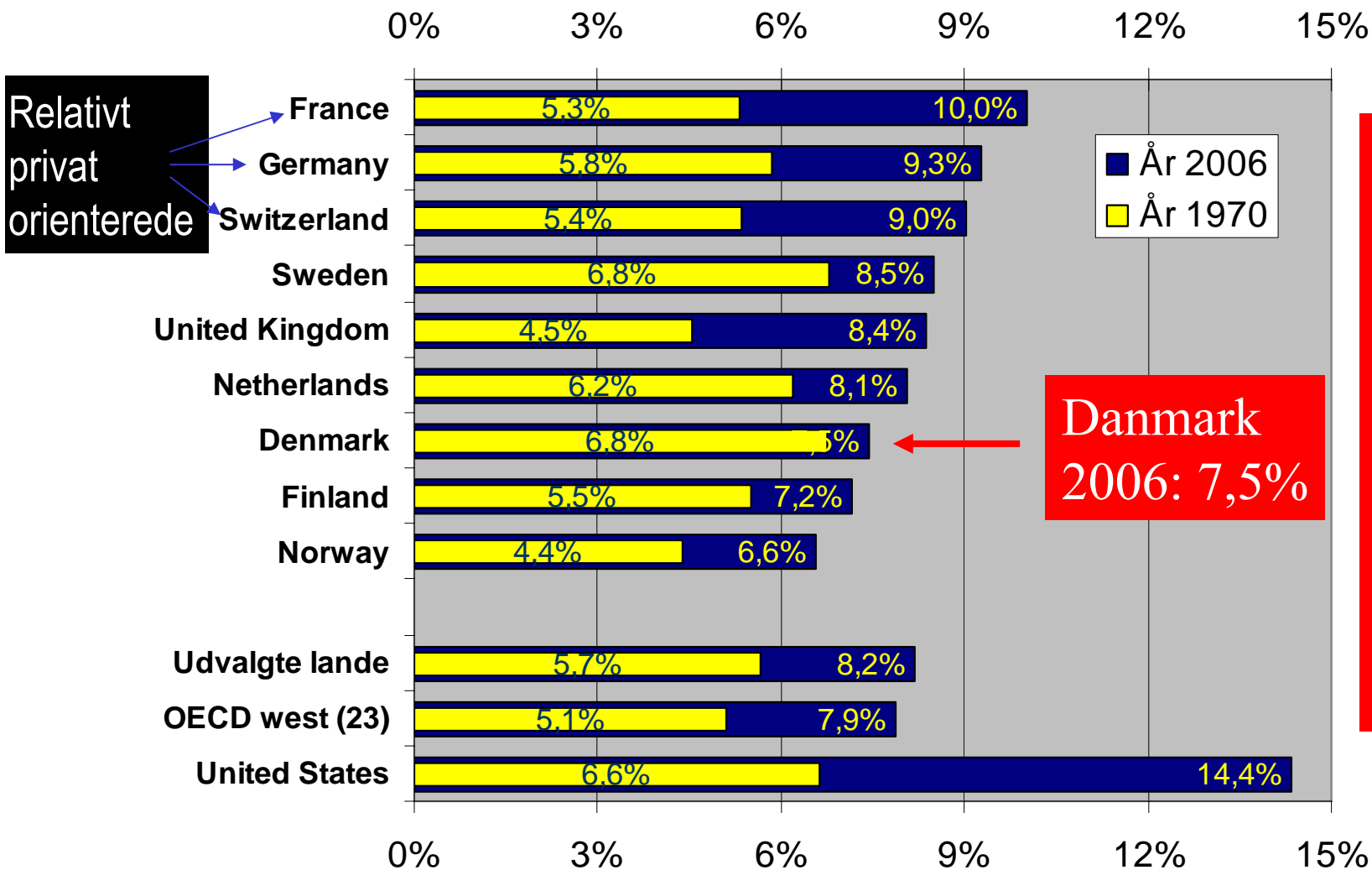
Kilde: OECD Health Data 2008



# Vi er blevet rigere, BNP pr. indbygger i 2006 og 1970 i 9 europæiske lande – samt OECD vest og USA



# Og dog vokser sundhedsudgifterne som procent af BNP. HCE/GDP i 2006 og i 1970



Kun i Danmark er HCE/GDP næsten uændret. Vokset fra 6,8% til 7,5%

Danmark  
2006: 7,5%

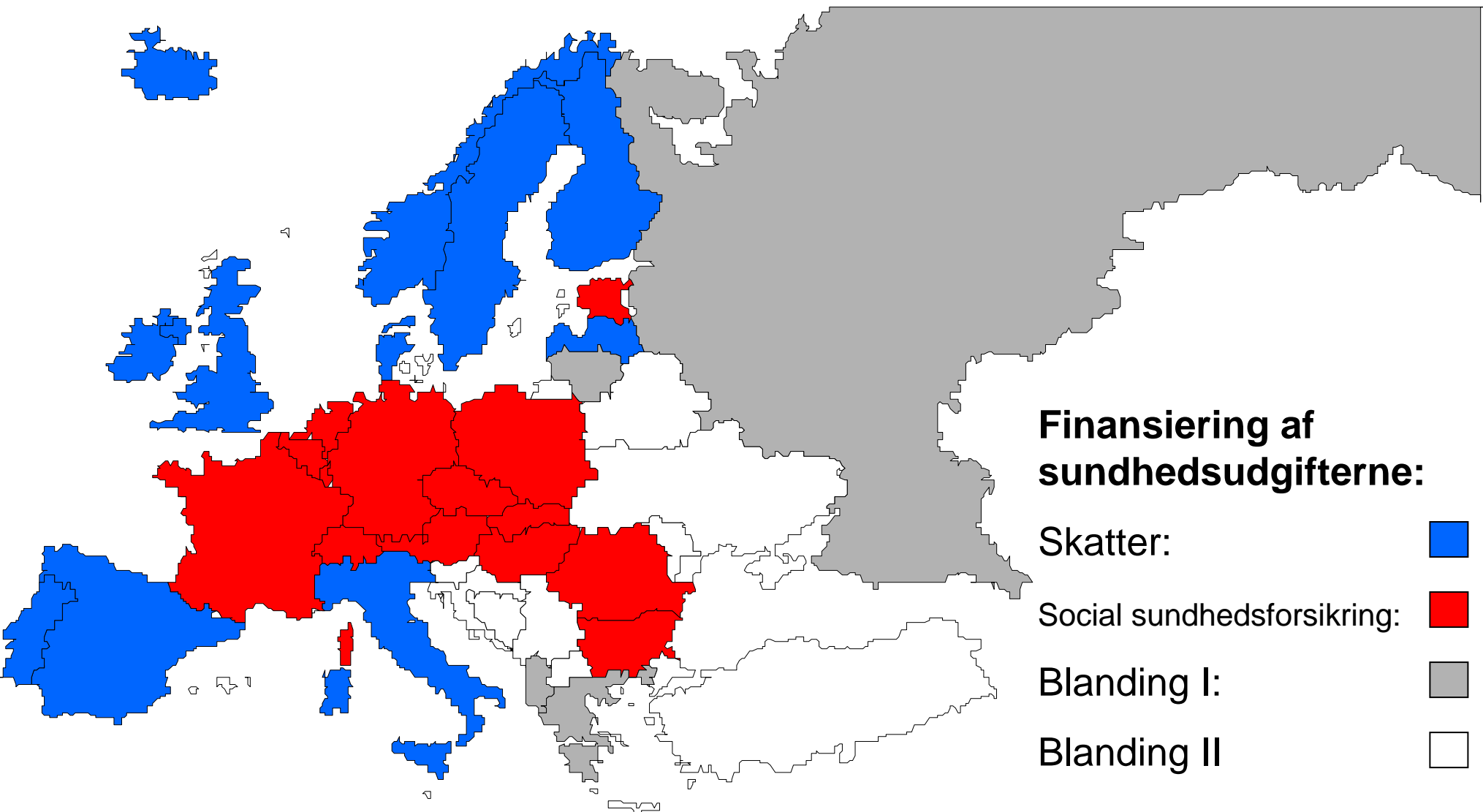
## II: Reforme og deres baggrund

### Spørgsmål i europæisk sundhedspolitik

- Hvor meget af fremtidens ekspansion skal finansieres ved produktivitetsvækst og hvor meget ved flere ressourcer, og
- Hvor meget heraf ved offentlige bevillinger?
- Hvor meget skal håndteres af det offentlige og hvor meget af det private?
- Skal det offentlige (blot) garantere en basispakke for alle og overlade resten til det private marked (private sygeforsikringer og privat udbud)?

# Europæiske sundhedssystemer

- Fælles fokus på equity (fri og lige adgang) og universalitet
  - Høj grad af offentlig intervention de sidste 60-70 år
  - Universel ”offentlig” forsikringsdækning
    - Sociale, obl. sundhedsforsikringer, og eller
    - Skattefinansiering



# Europæiske sundhedssystemer

- Fælles fokus på equity (fri og lige adgang)
  - Høj grad af offentlig intervention de sidste 60-70 år
  - Universel forsikringsdækning
    - Sociale, obl. sundhedsforsikringer, og eller
    - Skattefinansiering

Offentlig drift, især sygehuse

Ventetider og andre balanceproblemer

Efterspørgsel < Udbud

Myter om stivhed og lav produktivitet

Blandede driftformer og ejerskaber

Offentligt/privat sameksistens

Mange sygekasser

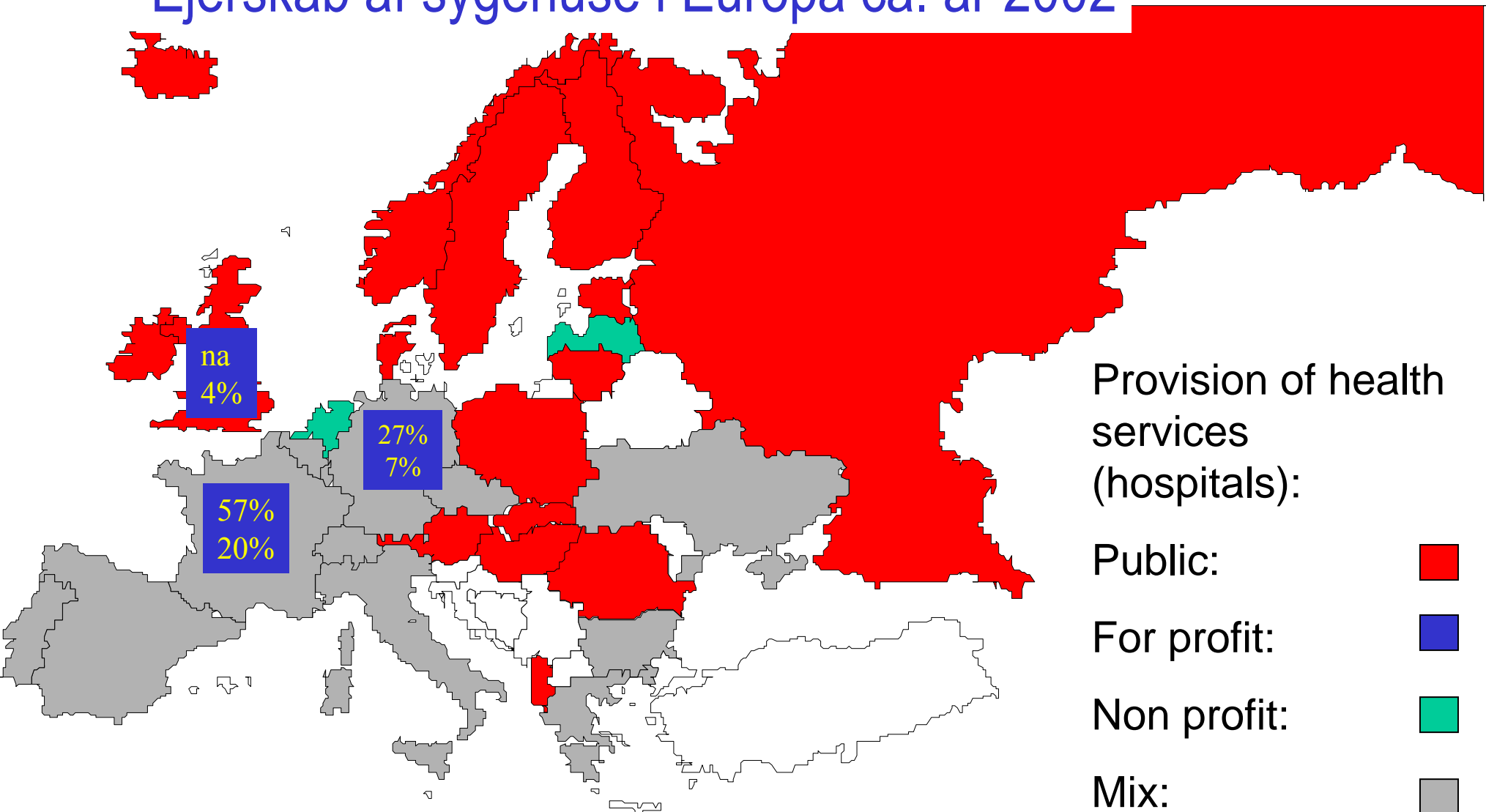
Ingen valgfrihed og konkurrence

Stigende udgifter, ustabil finans

Forskellige udfordringer, forskellige reformer

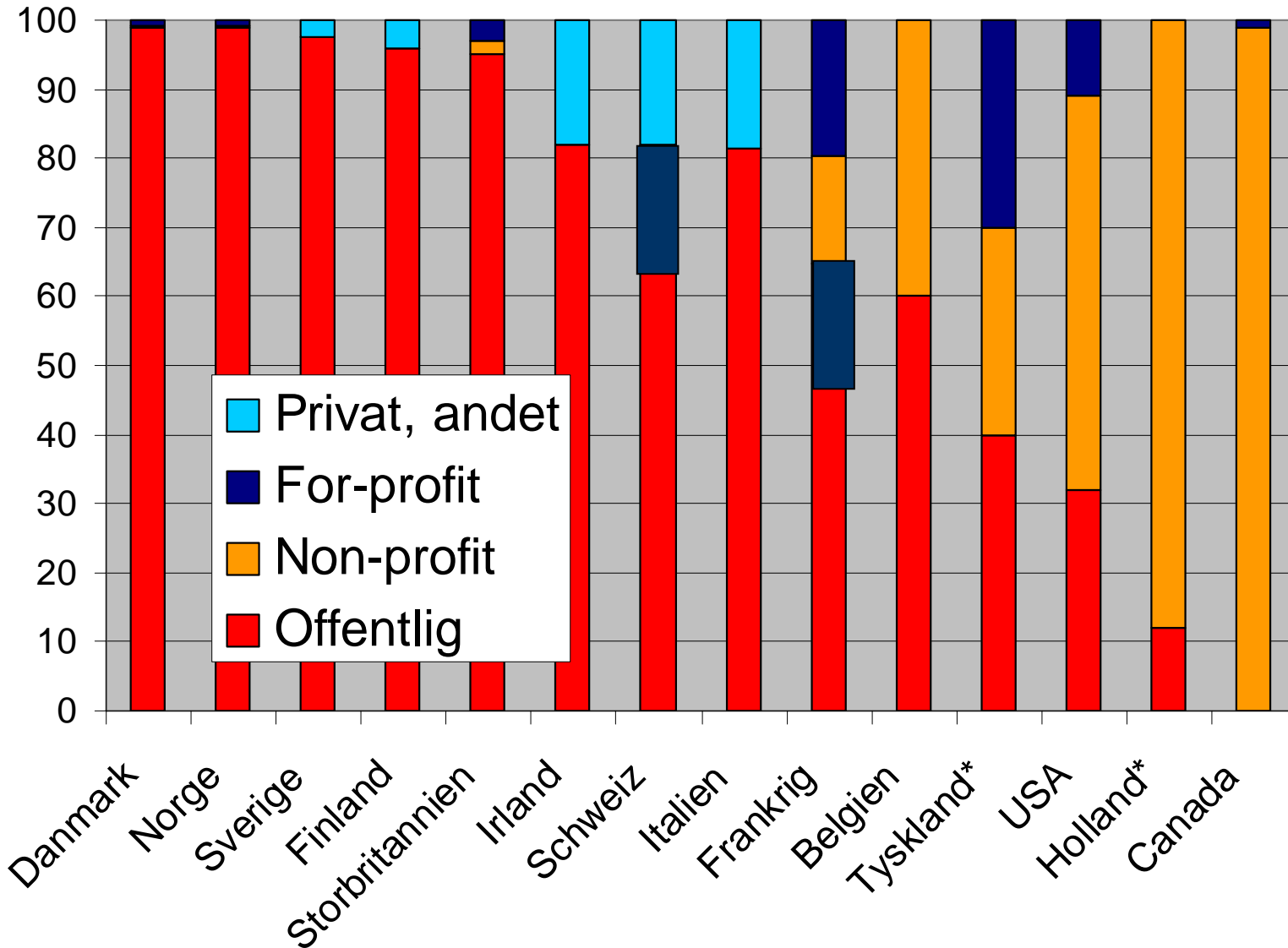


# Ejerskab af sygehuse i Europa ca. år 2002



% private for profit sygehuse  
% private for profit sygehussenge

# Sygehuskapacitetens fordeling på ejerskabsformer i 14 lande. Ca 2002



Kilder:  
Diverse og de  
fortæller ikke  
altid det samme

# Europæiske sundhedssystemer og reformer

- Forskellige udgangspunkter og udfordringer
- Forskellige reformer

## Liberalisering

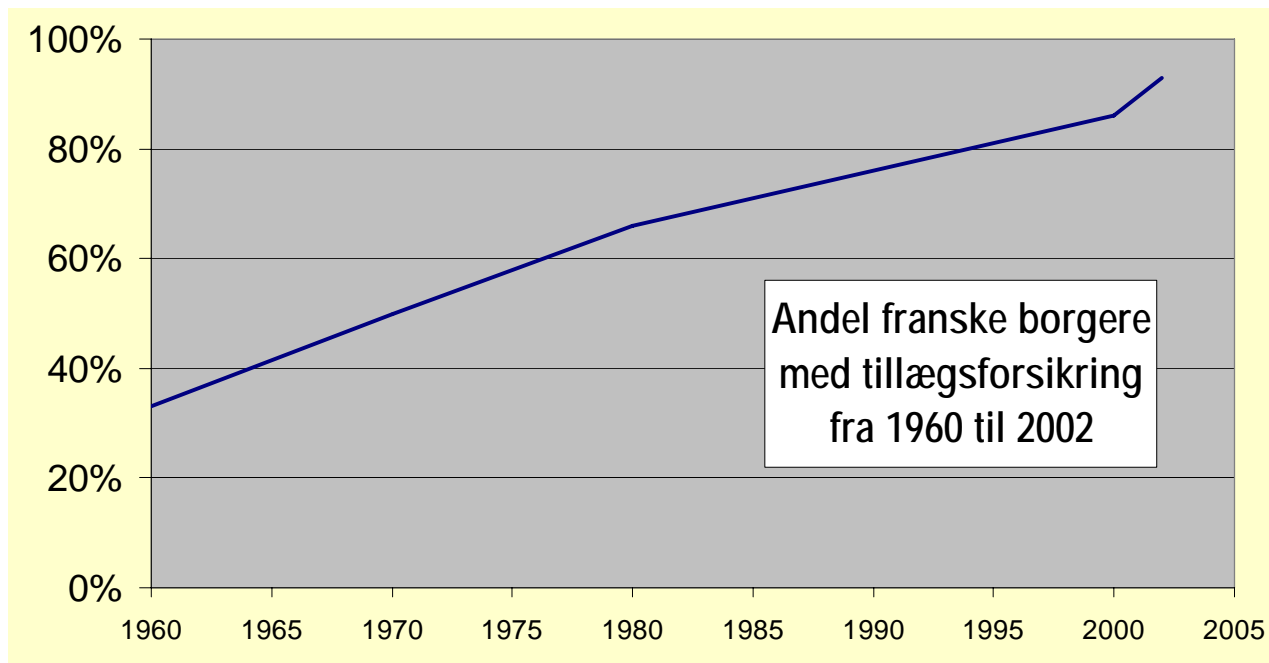
- Reguleret konkurrence
- Flere private (kommercielle) providers
- Mere forbrugersuverænitet og valgfrihed
- Mere ansvar til den enkelte
- Stimulering af private (tillægs)forsikringer

## Statsstyring

- Cost-containment, effektiviseringstiltag og kvalitetsfremme
- Begrænsninger af det frie valg
- Regulering af konkurrencefremmetiltag

Ikke kompromittere equity for meget  
Og økonomi ikke løbe løbsk

”Responsiveness” som mål i sig selv og instrument til konkurrenceudsættelse → effektivisering



Kilde: Rochaix og Hartmann, 2005

# Reguleret konkurrence, interne og eksterne markedet

- På finansieringssiden: Øget forbrugersuverænitet og valgfrihed blandt forsikringssselskaber og større udvalg af policetyper, fx:
  - Indførelse i 1996 af frit valg blandt tidligere professionsbestemte sygekasser i Tyskland.
  - Fuld privatisering af og valgfrihed mellem tidligere offentlige forsikringssselskaber i Holland fra 2006.
- På provider-siden:
  - Indførelse af konkurrence mellem offentlige providers på interne markeder i fx. UK, Sverige og Danmark (inden udvidede frie sygehusvalg).
  - Kommercielle sygehuse i Tyskland, Frankrig, Schweiz, ...
  - Indførelse af konkurrence mellem offentlige og (nye) private providers i fx Danmark i.f.m. udvidede frie sygehusvalg.

# Øget styring og regulering – udgiftsstyring og effektivisering

- I forhold til forbrugere:
  - Overgang til fast alment praktiserende læge og gatekeeper-funktion i Frankrig, Tyskland og Holland for bl.a. at begrænse adgang til specialister og reducere omfanget af redundante undersøgelser.
  - Generelt øget brugerbetaling og indførelse af mindre gebyrer for første kontakt, fx i Frankrig og Holland.
- I forhold til providers:
  - Overgang fra globale budgetter for hospitaler til aktivitetsbaseret afregning i fx. Danmark og Frankrig.
  - Omlægning til ét ensartet takstbaseret afregningssystem for offentlige og private hospitaler i fx Frankrig.
  - Indførelse af økonomiske incitament for alment praktiserende læger i.f.t. patienters opførsel og videre behandling, fx UK og Tyskland (praksisbudgetter, kvalitetshonorering).

## Cases:

- Konkurrence mellem offentlige og private sygehuse i Frankrig – styring og lige vilkår?
- Brugervalg og konkurrence i det hollandske forsikringsystem – vil borgerne have et valg?
- Privat-offentligt samarbejde om ældreomsorg i Storbritannien
- Frit sygekassevalg i Tyskland

## Case 1

# Konkurrence mellem offentlige og private hospitaler efter finansieringsreform i Frankrig



## Case: Frankrig

### Grundtræk i det privat-offentlige hospitalsmix

- Samlede sengefordeling: 1/3 privat, 2/3 offentlig og non-profit.
- Private sektor stærkt koncentreret i kirurgiske specialer og obstetrik:
  - 50% af kirurgiske sengepladser,
  - 33% af obstetriske pladser
  - 75% af ambulante kirurgi
- Patienter kan frit vælge mellem offentlige og private hospitaler.

### Hidtidige betalingssystem

- Offentlige hospitaler: globale budgetter, læger med fast løn.
- Private hospitaler: betalt ud fra takstsystem, læger betalt på fee-for-service basis.
- Global caps siden ca. 1990 men beskeden disciplin og konsekvens



# Hôpital 2007 reformen

- Kapitalinvesteringer i IT og opgradering af forældede faciliteter.
- Betaling af hospitaler efter et samlet DRG-baseret system med konvergens i offentlige og private takster fra 2012.
- Særskilt *public-mission* kompensation:
  - Faste årlige beløb for offentlige hospitalers undervisnings- og forskningsfunktioner
  - Faste beløb + fee-for-service for hospitaler med 24-timers skadestuer (kompensation for akutfunktioner)
  - Kompensation på kontraktbasis for 'public good' funktioner, fx forebyggelsesinitiativer, initiativer for særligt udsatte grupper, etc.

Og alt det her er jo også relevant i Danmark



## Case 2

# Brugervalg og konkurrence i det hollandske forsikringsystem

Vil borgerne have et valg?

Ja, det vil de gerne, når man spørger, men de bruger det ikke så meget!

Tænk på Gruppe 2 optionen i Sygesikringen.



# **Nye konkurrenceelementer efter forsikringsreformen i 2006**

- **Ét samlet, privat forsikringsmarked**
- **Konkurrere på præmiestørrelser, behandlingskvalitet og police-type**
- **Forsikringstagermobilitet**
- **Selektive kontrakter/preferred providers**
- **Indfasning af forhandling med providers om priser og kvalitet**

# Begrænsninger af konkurrence

## **Eksplicit begrænsning af konkurrence:**

- Basispakke fastlagt af staten
- Ingen risikoselektering
- “Risk pooling arrangement”
- Flat-rate premiums
- Max 10% rabat på kollektive kontrakter

## **Andre begrænsninger i praksis:**

- Mangel på information blandt forbrugere
- Høje transaktionsomkostninger for forbrugere
- Stærk regional dominans
- Få preferred provider aftaler
- Uformel risikoselektering

# En rolle for kvalitet?

En undersøgelse viste, at “for the general population, premium is more important than content, while the chronically ill and disabled value content of the insurance package as well. However,

*quality of care is not important for either group as a reason for switching.”\**

\*Kilde: de Jong, Brink-Muinen & Groenewegen, 2008:1



Case 3

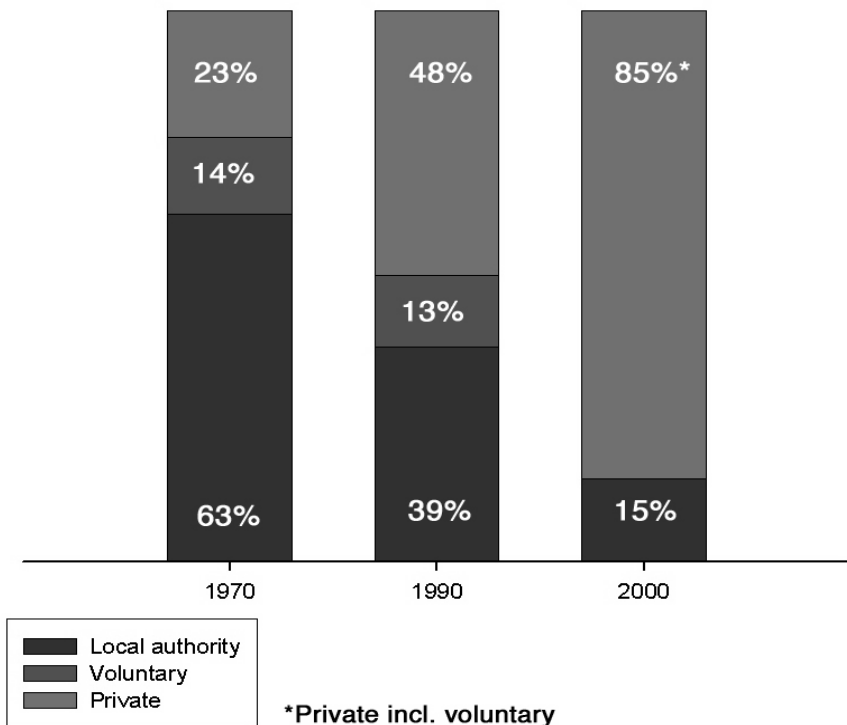
# **Udviklingen af privat-offentligt samarbejde om ældreomsorg i Storbritannien**



# Privat-offentlig mix i ældreomsorgen (plejehjem/hjemmepleje og -hjælp) i Storbritannien 1970-2000

- *Social care* delvist finansieret af lokale skatter og primært lokalt styret.
- I 1992 udførte kommunerne 98% af hjemmehjælpen, mens andelen i 2000 var faldet til 44% mod 56% private udbydere.

Privat-offentlig mix i ældreomsorg



## Case 4

# Konsekvenser af ulighed i udnyttelsen af valgmuligheder efter indførelsen af frit sygekassevalg i Tyskland

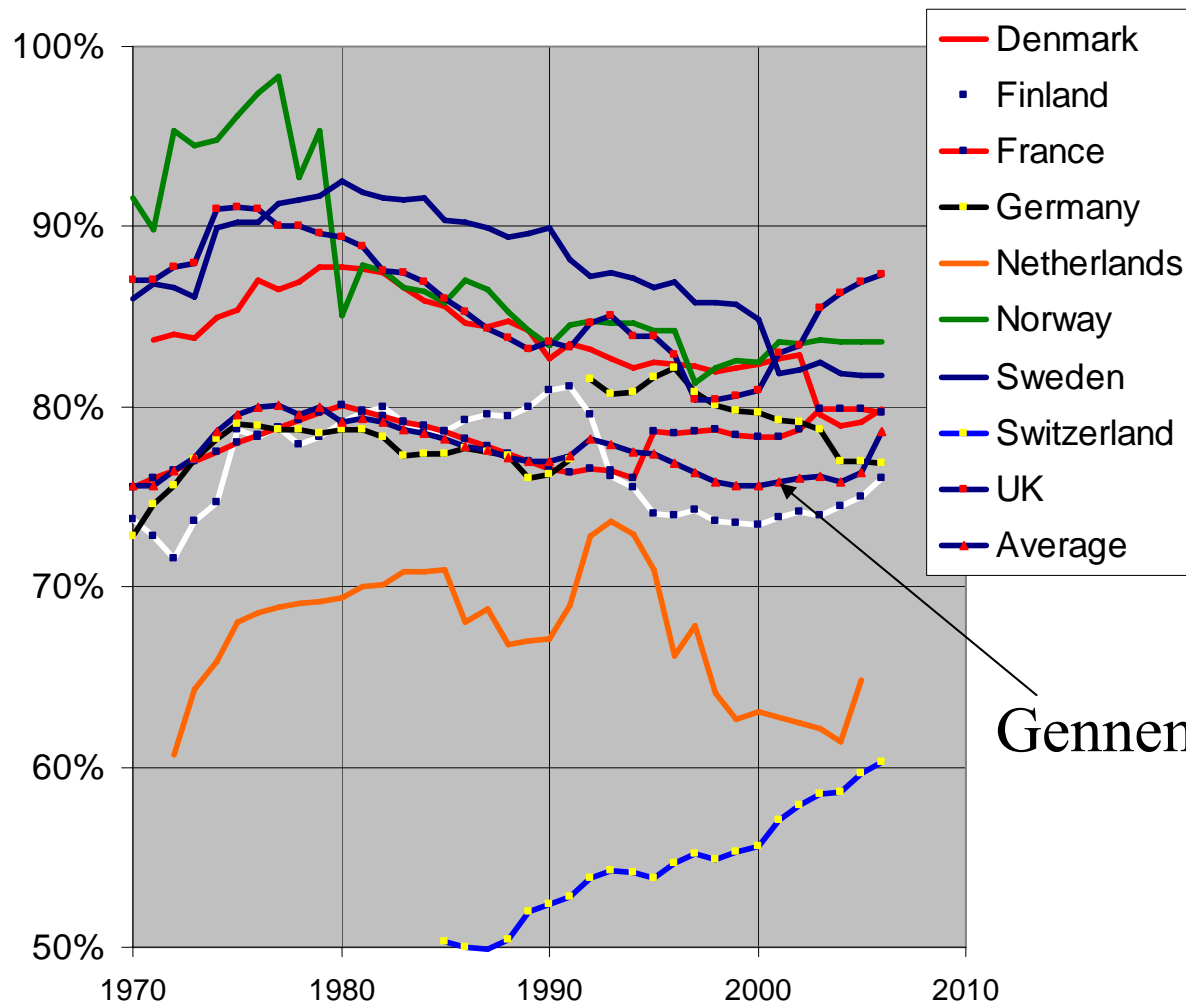
# Sammenfatning på cases

- Deregulering kan have indbygget bureaukratisering
- Utilsigtede effekter modificeres, men det gør de tilsigtede så også
- Udfordringer kan overkommes
- Reformerne er ikke evidensbaserede og sjældent evalueres de
- Erfaringer systematiseres ikke altid og vidensoverførsel går tabt

## IV: Lidt mere beskrivende

- Den offentlige finansiering
- Hvordan står det egentlig til med lighed i sundhed og fri og lige adgang?
- Og med udgiftsstyring?

# Sundhedsudgifterne er overvejende offentligt finansierede, men i mange lande har trenden været nedadgående. 9 europæiske lande 1970-2006

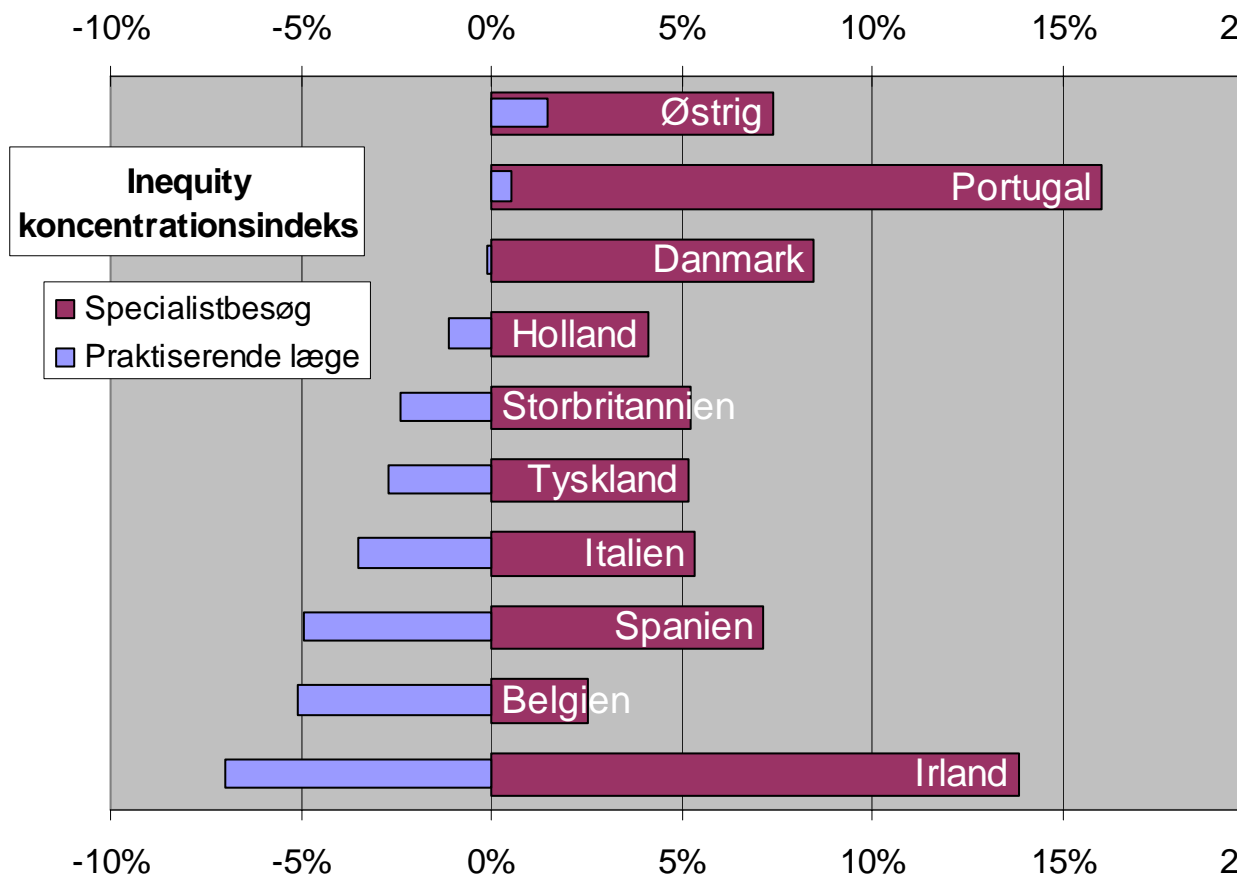


Måske er trenden vendt her i begyndelsen af dette årti!

Kilde: OECD Health Data 2008

Gennemsnit

# Fri og lige adgang til sundhedsvæsen ... ?



Horizontal inequity

Lige adgang for lige behov

IKI > 0: Pro-fattig ulighed

IKI < 0: Pro-rig ulighed

Adgang til praktiserende læge synes at være pro-fattig i flere lande

Modsat med adgang til speciallæge

Data er fra 1996

Kilde: van Doorslaer & Koolman, 2004

**Pro-fattig**

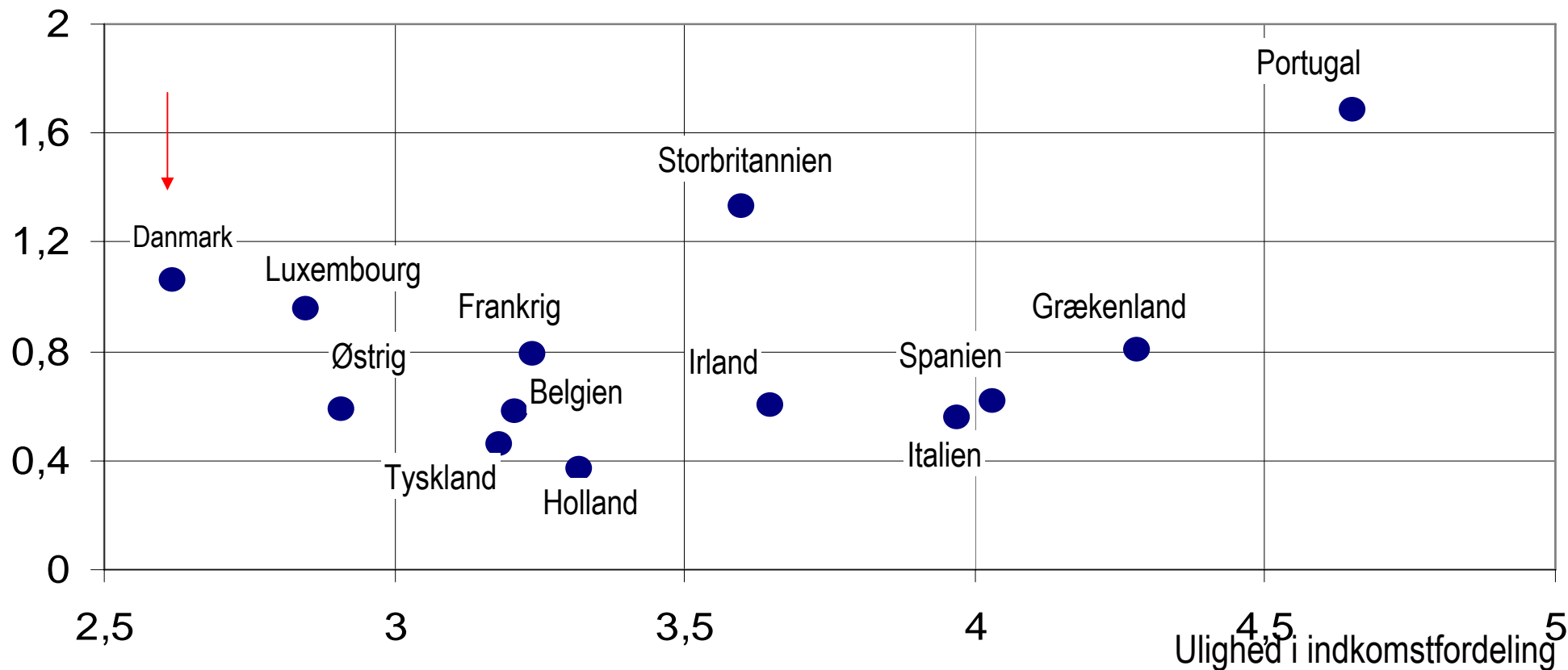
**Pro-rig ulighed**

Inequity i mange lande  
betinget af private sygeforsikringer.

”In [Denmark], the horizontal inequity definitely arises within the public system.” (p645-46)

# Ulighed i indkomstfordeling og selvrapporteret helbredsstatus i 13 europæiske lande 1996.

Indkomstbetinget ulighed i selvrapporteret helbredsstatus

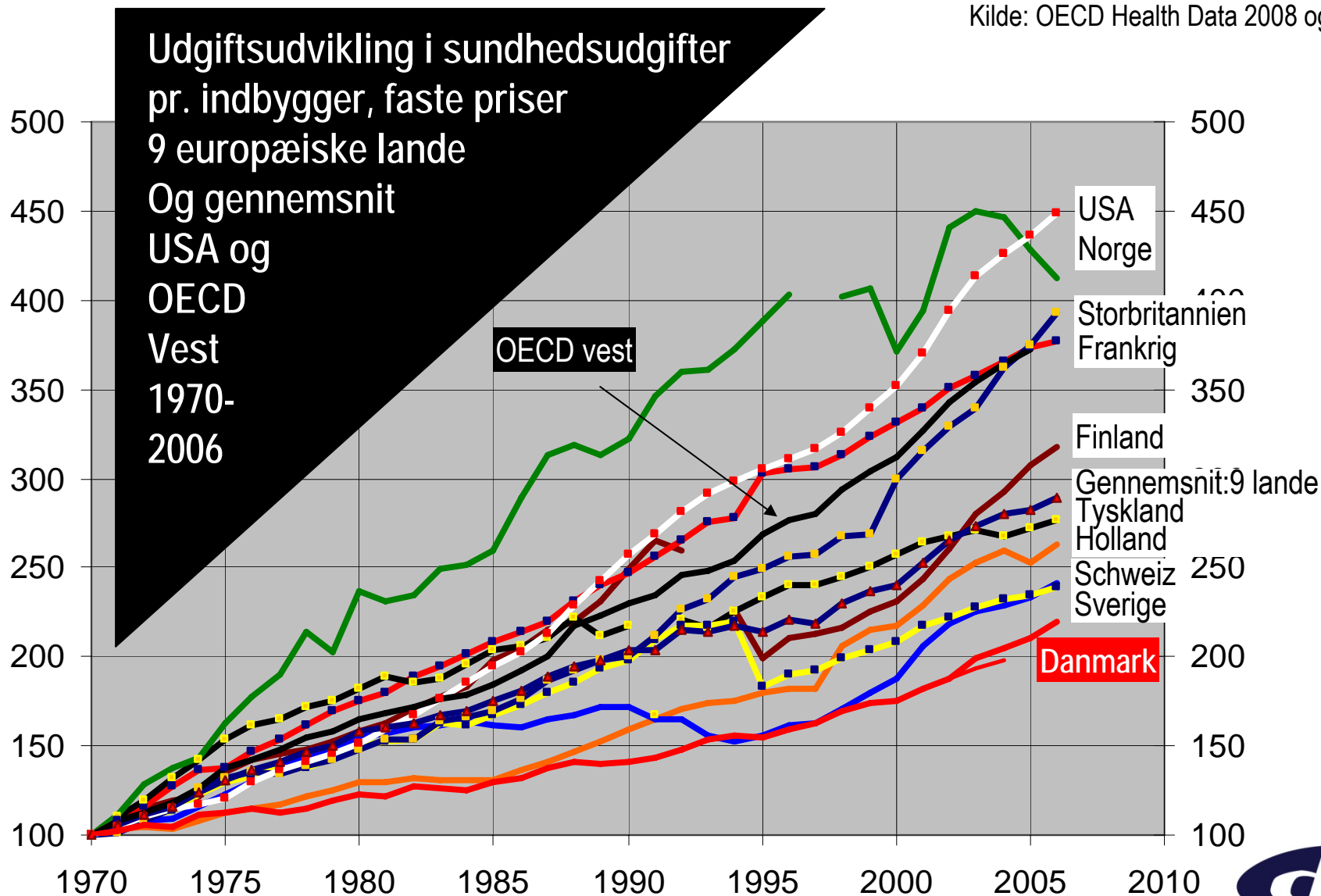


Kilde: van Doorslaer og Koolman, 2004a

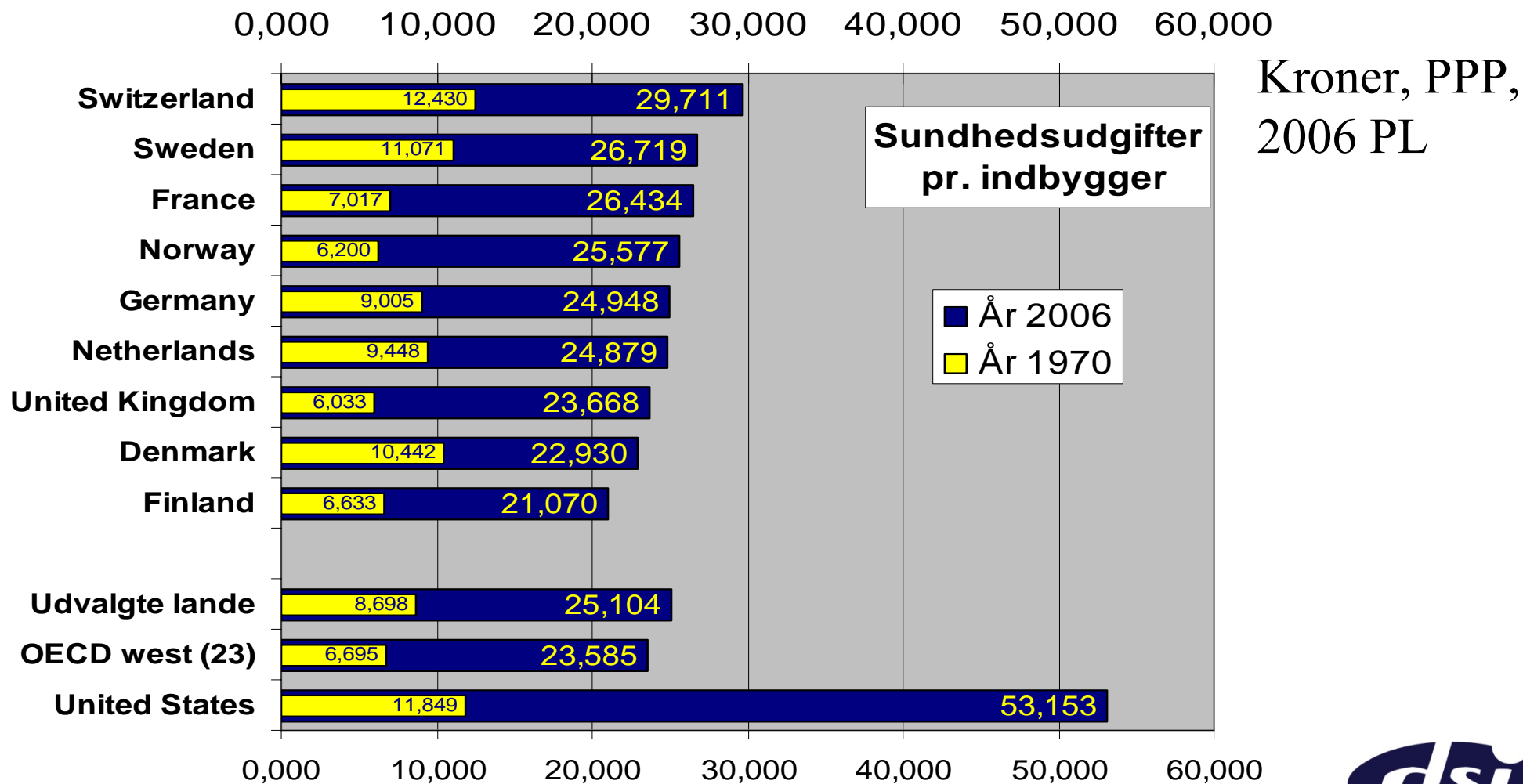


# Fortsat kraftig vækst i udgifterne, men måske ville de være vokset endnu hurtigere uden reformerne

Kilde: OECD Health Data 2008 og 2006



# Og hvis USA er standarden for niveauet af sundhedsudgifter, så ...



# Hvor er fremtidens sundhedsvæsen på vej hen? Ikke for at være reformfjendsk eller kyniker

- Danmark skulle – teoretisk - have haft mere lighed i sundhed og i adgang til sundhedsvæsenet end f.eks. Holland og Tyskland
- Danmark skulle – teoretisk – ikke have været verdensmestre i udgiftsstyring
- Reformen og systemkarakteristika er måske mindre betydningsfulde
- Men vi danskere skal måske derfor heller ikke frygte inspiration syd fra, Holland, Tyskland, Frankrig

# Hvor er fremtidens sundhedsvæsen på vej hen?

## Udfordringerne er der fortsat

- Udgiftspresset vokser, og Danmark kan ikke for evigt være et lavvækstland
- Og det giver os både nogle muligheder og forpligtelser
- Efterspørgselspresset fra borgerne aftager næppe – og politikerne må reagere herpå.
- Borgeren vil have tryghed, til ham/hende tilpassede ydelser af høj kvalitet til tiden og nogen valgfrihed.
- Hvis det offentlige tilbud ikke er godt nok, så skabes det private tilbud – på sine egne præmisser – så får vi den uregulerede liberalisering.
- Udfordringen er ikke at undgå liberalisering, men at få den reguleret
- Og det forudsætter blandt andet, at konsekvenser af liberaliseringen løbende monitoreres.
- OG:
- Europæisk sundhedsvæsen med svagere grænser vil komme, men hvordan og om det bliver én model – det er gode spørgsmål?

Tak for opmærksomheden!

