

Studieresa USA:

Offentlig- och privat sjukvård utifrån ett försäkringsperspektiv – Amerikanska & svenska sjukvårdssystemen

I Sverige ökar efterfrågan på sjukvården, främst beroende på den medicinska utvecklingen och på att vi lever längre. Men svensken ställer också allt högre krav på vårdens tillgänglighet, effektivitet och kvalitet. Så frågan som blir allt påtagligare är ”kommer skattefinansieringen att räcka till för att bekosta vår efterfrågan på sjukvården de kommande decennierna”?

Sjukvårdsförsäkringar är ett komplement till det offentliga systemet. Då den offentliga sjukvården har problem med att leva upp till den s.k. ”Vårdgarantin”* och därmed inte heller kan hålla jämna steg med den ökande efterfrågan på vårdtjänster, samtidigt som det föreligger utmaningar med finansieringen, ser vi att allt flera former av privata sjukvårdsförsäkringar erbjuds på den svenska försäkringsmarknaden.

Sjukvårdsförsäkringar har under många år varit en av tillväxtkometerna på såväl den Svenska som den nordiska försäkringsmarknaden. En av försäkringsgivarnas stora utmaningar, idag, på denna tillväxtmarknad är att säkerställa att sjukvårdsportföljerna nu ”inte bara” växer utan att de även växer lönsamt.

I Sverige ökar således antalet som har tillgång till en privat vårdförsäkring snabbt. Den största anslutningen till de privata vårdförsäkringarna ser man via företag som ansluter sina medarbetare för att säkerställa att den anställd vid sjukdom snabbt kommer till undersökning, diagnostisering och till vård och därmed också snabbt åter i arbete och produktion.

Det är i dag även allt vanligare att fackliga organisationer erbjuder sina medlemmar möjligheten att teckna sjukvårdsförsäkringar som ett sätt att erbjuda en bra medlemsförmån, öka medlemskapets värde samt som ett rekryteringsargument när de konkurrerar om nya medlemmar med andra fackförbund.

I USA januari 2009 var ett av president Barak Obama’s löften i samband med han tillträdde som president att skapa en nationell sjukvårdsreform. Utgångspunkten och principen för den nationella sjukvårdsreformen var att reformen skall minska kostnaderna, se till att alla amerikaner har friheten att välja sin egen Sjukvårdsförsäkringsplan och se till att alla amerikaner har tillgång till vård av god kvalitet som de har råd med.

Denna sjukvårdsreform, allmänt känd som Obamacare, har onekligen debatterats och kritiserats i USA och Demokraterna & Republikanerna ser helt olika vägar fram i denna politiskt viktiga fråga. Vi känner även igen liknade politiska debatter i Sverige beträffande den svenska vården och inte minst hur denna skall och bör finansieras framöver.

Så visst föreligger det likheter mellan USA och Sverige i denna del och i synnerhet vad gäller det framtida finansiella gapet mellan behov och resurser. En av de stora frågorna är således om privat finansiering kan vara ett viktigt medel för att minska den offentliga finansieringsbördan?

Vid en första anblick ser det Amerikanska sjukvårdssystemet onekligen ogenomträngligt och administrativt komplex ut, i synnerhet för mig som Svensk. Dock inser jag vid ett försök att beskriva den svenska Hälso- och sjukvårdens organisation att den svenska modellen är nog så komplex att beskriva.

Om den amerikanska sjukvården finns det ett antal "sanningar" eller myter, och vi hör påståenden som t.ex. "i USA är det de fattiga som saknar sjukvårdsförsäkring", "I USA behöver alla köpa sin egen sjukvårdsförsäkring" och "Har man inte råd att betala får man ingen vård".

Dessa påståenden är direkt felaktiga. Så om jag inte lyckas förklara hur det amerikanska sjukvårdssystemet och dess utmaningar ser ut så skall jag åtminstone försöka slå hål på dessa tre myter och påståenden.

Låt oss dock börja med att beskriva hur sjukvårdssystemet är uppbyggt i Sverige och USA.

Det svenska sjukvårdssystemet

I det svenska sjukvårdssystemet är ansvaret för hälso- och sjukvården delat mellan stat, landsting, och kommun. Hälso- och sjukvården regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL), men inom en rad områden finns speciallagstiftning som, tillsammans med Socialstyrelsens föreskrifter, är styrande för verksamheten.

Staten

Staten är ansvarig för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken samt, via Socialstyrelsen, för tillsynen av all hälso- och sjukvård i riket.

Landstingen

Landstingen ansvarar för att organisera vården så att alla medborgare har tillgång till en god vård. Det finns i dag 21 landsting inkl. regionerna Västra Götaland, Halland, Skåne och Gotland.

Kommunerna

Kommunerna ansvarar för vård av äldre samt stöd och service till dem som är färdigbehandlade och utskrivna från sjukhusvård. Kommunerna ansvarar också för boende, sysselsättning och stöd till dem med psykiska funktionsnedsättningar.

Hälso- och sjukvårdens tre nivåer

Det finns nio regionsjukhus, omkring 70 läns- och länsdelssjukhus samt drygt 1 000 vårdcentraler. Detta ger tre nivåer: Regionsjukvård, Länsjukvård och Primärvård.

De privata sjukvårdsprodukterna i Sverige

De privata sjukvårdsförsäkringarna är ett komplement till det offentliga systemet. I Sverige har vi ett finmaskigt skyddsnät av försäkringar, ett skyddsnät som både har byggts ut och monterats ned i takt med att samhällets ekonomi har förändrats. I Sverige har vårt grundskydd alltid varit det lagstadgade skyddet som gäller för all.

Ovan på detta tillkommer kompletterande försäkringar i form av kollektivavtalade och eventuella privata försäkringar. När det kommer till sjukvård finns inget skydd utöver det lagstadgade via t.ex. kollektivavtal. Detta i sig har naturligtvis bidragit till den kraftiga tillväxten av de privata sjukvårdsförsäkringarna. Vi har även under de senaste åren sett en ökad flora av diverse vård- och hälsoförsäkringar.

Produktutveckling är således i full gång och vi ser allt mer innovativa lösningar inom området för vård & hälsoförsäkringar, en del mer lyckosamma än andra. För att nämna några vårdförsäkringar, utöver den traditionella sjukvårdsförsäkringen, ser vi eller har sett t.ex. Sjukvård vid Olycksfall, Sjukvård Operation, Sjukvård Specialist, Barn sjukvård, BMI-försäkring etc. etc.

Det amerikanska sjukvårdssystemet

Hälso- och sjukvården i USA tillhandahålls av många separata juridiska enheter.

Hälso- och sjukvårdens inrättningar ägs och drivs i stort sätt av den privata sektorn. Sjukvårdsförsäkring tillhandahålls primärt i första hand av regeringen i den offentliga sektorn, som kommer från program som Medicare, Medicaid, TRICARE, Children's Health Insurance Program, och Veterans Health Administration. De flesta av befolkningen under 65 år försäkrad av en arbetsgivare, en del köper sjukvårdsförsäkring på egen hand, och resten är oförsäkrade.

De flesta sjukvårdsförsäkringarna i USA är privata. Några offentliga sjukvårdsförsäkringar är Medicare och Medicaid. Cirka 17,4 procent av befolkningen saknar helt sjukvårdsförsäkring och runt 35 procent är underförsäkrade.

Enligt US Congressional Budget Office 2010, erhöll amerikaner (under 65 år) sjukvårdsförsäkring huvudsakligen enligt följande:

- 55,4 % genom sina arbetsgivare
- 6,7 % individuellt inköpt
- 20,5 % genom regeringen
- 17,4 % oförsäkrade (även om denna grupp är oförsäkrad får de fortfarande behandling om det behövs. Inget sjukhus kan neka någon vård på grund av avsaknad av försäkring)

Vad är Medicare & Medicaid?

Både Medicare och Medicaid skapades när president Lyndon B. Johnson undertecknade ändringar i lagen om social trygghet den 30 juli 1965.

Medicare och Medicaid och är två statliga program som ger medicinska och hälsorelaterade tjänster till särskilda grupper i USA. Trots att de två programmen är mycket olika, så förvaltas båda programmen av Centers for Medicare and Medicaid Services, en division av US Department of Health och Human Services.

Medicare är ett socialförsäkringsprogram som har mer än 44 miljoner inskrivna (2008). Programmet kostade ca: \$ 432 000 000 000, eller 3,2 % av BNP under 2007.

Medicaid är en del i den sociala välfärden (eller socialt skydd) och som omfattade ungefär 40 miljoner människor (2007) och kostade då ungefär \$ 330 000 000 000, eller 2,4 % av BNP.

Tillsammans stod Medicare och Medicaid för 21 % av räkenskapsåret 2007 för den amerikanska federala regeringen.

Medicare ⁽¹⁾

Medicare är ett federalt sjukvårdsförsäkringsprogram som betalar för sjukhusvård och sjukvård för äldre och vissa funktionshindrade amerikaner. Medicare är 100 % finansierat av de amerikanska skattebetalarna och utbetalas av de federala och statliga offentliga budgetarna.

Programmet består av de två huvuddelarna sjukhus- och sjukvårdförsäkring (del A och del B) och ytterligare två delar som består av valmöjligheten till en mer kundanpassad plan och en receptbelagd läkemedelsplan (del C och del D).

Medicare Part A: sjukhusförsäkring (Hospital Insurance – HI), hjälper till att betala för sjukhusvistelser, vilket inkluderar mat, förnödenheter, provtagning och halvprivata rum. Denna del betalar också för hemsjukvård och t.ex. talterapi, om detta anses medicinskt nödvändigt och motiverat. Part A täcker även vården och omvårdnaden samt viss medicinsk utrustning för äldre och funktionshindrade som t.ex. rullstolar.

Medicare Part B: kallas också Kompletterande sjukvårdsförsäkring (Supplementary Medical Insurance – SMI). Denna del hjälper att betala för medicinskt nödvändiga läkarbesök, öppenvård sjukhusbesök, hem sjukvårdskostnader och andra tjänster för äldre och funktionshindrade. Anslutningen till Part B är frivillig och har en månatlig premie (\$ 96,40 per månad år 2009), och patienten har en årlig självrisk (\$ 135,00 år 2009) innan Part B's skydd träder i kraft.

Medicare Part C: Medicare Advantage-planer (som ibland kallas Medicare Part C eller Medicare + choice) tillåter användaren att utforma en mer kundanpassad plan som kan vara mer i linje med deras medicinska behov. Dessa planer använder sig av privata försäkringsbolag för att ge en del av täckningen, men detaljer varierar beroende på program och behörighet hos patienten. Vissa av dessa "Advantage" planerna kopplas ihop tillsammans med diverse hälsoorganisationer (Health Maintenance Organizations – HMO) eller liknade organisationer och leverantörer för att ge förebyggande hälsovård och specialisttjänster.

Medicare Part D: Under 2006 expanderade Medicare till att omfatta även en receptbelagd läkemedelsplan som kallas Medicare Part D. Part D administreras av flera privata försäkringsbolag, var och en erbjuder en plan med olika kostnader och förteckningar över läkemedel som omfattas. Prissättningen för Part D är utformad som så att 75 % av det receptbelagda läkemedlets kostnad täcks av Medicare mellan \$ 250 och \$ 2,250 på ett år. Nästa \$ 2,850 som spenderas på receptbelagt läkemedel omfattas inte, dock täcker Medicare 95 % av vad som spenderas förbi \$ 3,600.

Medicaid ⁽¹⁾

Medicaid är ett statligt sjukvårdsprogram i USA till stöd för fattiga och låginkomsttagare (startade 1965) och är 100 % finansierat av de amerikanska skattebetalarna och utbetalas av de federala och statliga offentliga budgetarna

Varje stat fastställer sina egna Medicaid stödberättigande riktlinjer. Programmet är inriktat på människor med låga inkomster, men behörighet beror också på att man uppfyller andra krav baserat på ålder, graviditet status, handikapp status, andra tillgångar och medborgarskap.

Medlemsstaterna måste tillhandahålla Medicaid tjänster för personer som omfattas av vissa behov för att staten skall få ta emot federala matchande fonder. Till exempel krävs det att de erbjuder täckning för vissa individer som erhåller federalt stöd med inkomst/underhållsbidrag och liknande grupper.

Medicaid ger dock inte medicinsk hjälp till alla fattiga personer. I själva verket är det uppskattningsvis ungefär 60 % av USA's fattiga som inte omfattas av Medicaid programmet.

Obamacare

Ett av president Obama's löfte i samband med han tillträdde som president januari 2009 var således att skapa en nationell sjukvårdsreform för alla som inte är försäkrade genom sina arbetsgivare, den s.k. Patient Protection and Affordable Care Act.

Patient Protection and Affordable Care Act, informellt omnämnd som Obamacare, är en federal lag i USA som undertecknades av president Barack Obama 23 mars

2010, som en del av en sjukvårdsreform i USA. Lagens syfte är att alla amerikanska medborgare ska få rätt till hälso- och sjukvård genom sjukvårdsförsäkringar.

Lagen har kritiserats, framför allt för att enskilda är tvungna att teckna vårdförsäkring för att omfattas av de nya förmånerna som ska träda i kraft 2014. Kritikerna anser att det är ett intrång i individens frihet att själv välja, och hävdade således att detta är grundlagsvidrigt och strider mot den amerikanska konstitutionen. USA's högsta domstol fastslog dock i juni 2012 att lagen är förenlig med konstitutionen.

Då den amerikanska Högsta domstolen fastslog att PPACA eller "Obama Care" är förenlig konstitutionen är nu detta en lag och således på vägen till genomförande. Men då man i USA har president- och kongressval som kommer upp i november, i år 2012, har Republikanerna lovat att "upphäva och ersätta" lagen som sådan om de får kontroll över Vita huset och/eller en "Super" majoritet i senaten, så visst föreligger det fortfarande en viss osäkerhet kring President Obama's Patient Protection and Affordable Care Act.

Utgångspunkten och principen för den nationell sjukvårdsreform var att reformen ska minska kostnaderna, se till att alla amerikaner har friheten att välja sin egen Sjukvårdsförsäkringsplan och se till att alla amerikaner har tillgång till vård av god kvalitet som de har råd med.

Dock verkar samtliga partier vara överens om att inga av presidentens mål har uppnåtts i denna lagstiftning och i själva verket är man av uppfattningen om att kostnaderna med största sannolikhet kommer att öka som en följd av denna lag.

Sammanfattning

I Sverige har kostnaderna för hälso- och sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten (BNP) varit förhållandevis konstanta över tiden och legat runt 9 procent (2010 var siffran 9,6 %). Enligt Socialstyrelsen ligger Sveriges hälso- och sjukvårdskostnader, i förhållande till BNP, på en genomsnittlig nivå när man jämför med ett urval av andra länder (2010 var motsvarande siffra för våra grannländer: Danmark 11,1%, Norge 9,4 % och Finland 8,9 %).

Ser man på motsvarande siffra för USA visar olika undersökningar och prognoser att USA's kostnader för hälso- och sjukvårdens andel av BNP ligger omkring 15 % och klättrar mot nära 20 %. Utnyttjandet av vård i USA är mer än två gånger så hög som i OECD länderna.

Tar vi en titt i Europa ser vi, enligt uppgift från Insurance Europe, att ca 25 % av EU-medborgarna var täckta av en Private Medical Insurance (PMI) under 2008 och att de privata försäkringsgivarna (inklusive ömsesidiga) stod för cirka 11 % av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna inom EU.

Det har spekulerats i att kostnaden för de två statliga programmen i USA (Medicare och Medicaid) kommer sannolikt att öka från ca: 5 till närmare 20 procent av USA's BNP de närmaste decennierna om inget görs. Och vid en konkret fråga får jag svaret "Jag kan inte de exakta siffrorna, men vi vet alla att om inget görs, kommer dessa två programs sociala trygghet att ruinera vårt land".

Så visst är det amerikanska sjukvårdssystemet komplext och inte mindre osäkert utifrån ett finansiellt perspektiv. Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) eller Obamacare är nu på väg att genomföras, med en tidslinje för införande som sträcker sig ända fram till 2020. Men som tidigare nämnts kan Republikanerna mycket väl komma att "upphäva och ersätta" denna lag om de kommer i majoritet efter president- och kongressvalet som nu är i antågande. Så visst finns det fortfarande en hel del osäkerhet beträffande det amerikanska sjukvårdssystemet.

Hur var det då med de påståenden och myter som jag lyfte inledningsvis beträffande Sjukvården i USA, d.v.s. "Det är de fattiga i USA som står utan sjukvårdsförsäkring", "I USA behöver alla köpa sin egen försäkring" och "Har man inte råd att betala får man ingen vård". Jag tror att vi redan har avfärdat dessa, men för ordningens skulle gör jag en sammanfattning och en gång för alla slår hål på dessa påståenden:

- **"I USA är det de fattiga som saknar sjukvårdsförsäkring"!**
Alla fattiga och äldre (över 64 år) har rätt till gratis försäkring betald av skattepengar via de offentliga systemen, Medicare och Medicaid.
- **"I USA behöver alla köpa sin egen sjukvårdsförsäkring"!**
Majoriteten (55,4 %) av Amerikanarna i arbetsförålder har sjukvårdsförsäkring via en arbetsgivare. Den anställdes försäkring omfattar även dennes familj, så vanligtvis räcker det att en i familjen har försäkring så är hela familjen försäkrad. Dem som inte har sjukvårdsförsäkring via arbetsgivare har således en försäkring via någon av de offentliga sjukvårdsförsäkringarna (Medicare & Medicaid). Det är endast 6,7 procent som har en individuell sjukvårdsförsäkring.
- **"Har man inte råd att betala får man ingen vård"!**
I USA har alla rätt till akutsjukvård. Vem som helst kan gå in på en akutmottagning och få vård, no question asked! Inget sjukhus kan således neka någon vård på grund av avsaknad av försäkring.

Så sammanfattningsvis kan vi konstatera att det visst finns likheter mellan det amerikanska och svenska Sjukvårdssystemet och i synnerhet vad gäller utmaningen med det framtida finansiella gapet mellan behov och resurser, men vi kan helt säkert lära en hel del av varandra.

Ser vi enkom på den Svenska marknaden beträffande privata sjukvårdsförsäkringar kan vi notera att trenden allt tydligare går mot mer "slimmade produkter" med olika former av "gatekeepers", som t.ex. olika självrisknivåer, remisskrav eller s.k. Event-

baserade produkter allt för att attrahera nya kundgrupper och inte minst för att säkerställa lönsamheten i sjukvårdsportföljerna.

Men beträffande det amerikanska sjukvårdssystemet kan vi avslutningsvis konstatera att ObamaCare "is here to stay (unless the politicians change it)"!

Ola Söderström

Mötesintervjuer

American Insurance Association (AIA)

National Association of Insurance Commissioners (NAIC)

Government of the District of Columbia, Department of Insurance

Svenska Ambassaden

Chartis Insurance

Met Life

Willis

Insurance Europe

Källa:

(1) Medicare & Medicaid, Medical News (MNT)

*** Vårdgarantin**

Vårdgarantin, gäller i hela landet, och är en del av hälso- och sjukvårdslagen sedan 1 juli 2010. Vårdgarantin innebär inte att man har rätt till en viss vård, däremot att man har rätt att få vård inom en viss tid.