



Varför privata sjukvårds- försäkringar?

SARAH THOMSON, ANNA
SAGAN, ELIAS MOSSIALOS

Varför privata sjukvårdsförsäkringar?
© Sarah Thomson, Anna Sagan, Elias Mossialos,
European Observatory on Health Systems and Policies och Arena Idé
Omslagsfoto: Canva
Rapporten kan laddas ner från www.arenaide.se/rapporter

Författarpresentationer

Sarah Thomson är senior expert på finansiering av hälsovårdssystem vid Världshälsoorganisationens kontor för stärkande av hälsovårdssystem i Barcelona, Spanien.

Anna Sagan är forskare vid European Observatory on Health Systems and Policies, London School of Economics and Political Science och vid London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, Storbritannien.

Elias Mossialos är en av två direktörer för European Observatory on Health Systems and Policies. Han innehar också Brian Abel-Smiths professur i hälsovårdspolitik, vid London School of Economics and Political Science, London, Storbritannien.

Detta är en översättning till svenska av det inledande kapitlet i boken Privata sjukvårdsförsäkringar – historia, politik och effekter i ett internationellt perspektiv (*International experience with private health insurance: history, politics, performance*) av Sarah Thomson, Anna Sagan och Elias Mossialos (redaktörer). Boken är utgiven av European Observatory on Health Systems and Policies på Cambridge University Press år 2020. Översättningen har gjorts av Translator Scandinavia AB. Översättningen publiceras med tillstånd av European Observatory on Health Systems and Policies och författarna.

Innehållsförteckning

Påverkar sjukvården i oproportionerligt hög grad	4
Ingen marknad för privat sjukvårdsförsäkring är den andra lik	6
Marknadsmislyckanden leder till risksegmentering, ojämlikhet och ineffektivitet	11
Hur vi hamnade där vi är i dag – historiens och politikens betydelse	13
Privat sjukvårdsförsäkring i dag: påverkan på sjukvården	22
Internationella lärdomar	34
Referenslista	37

Påverkar sjukvården i oproportionerligt hög grad

Privata sjukvårdsförsäkringar bidrar bara i liten utsträckning till utgifterna för hälso- och sjukvård i de flesta länder i världen, men kan ha förvånansvärt stora effekter på sjukvården i stort till följd av marknadsmisslyckanden och brister i den politik som förs. På grund av denna oproportionerliga påverkan – som kan leda till risksegmentering, ojämlikhet och ineffektivitet – bör privata sjukvårdsförsäkringar övervägas och övervakas med omsorg.

Förespråkarna för privata sjukvårdsförsäkringar kan delas in i två läger. Vissa anser att privata sjukvårdsförsäkringar är attraktiva i sig. I deras ögon är ett system där sjukvården finansieras av både privata och offentliga medel något som ökar effektiviteten och människors valmöjligheter. Andra ser privata

*Det
internationella
intresset för
privata
sjukvårds-
försäkringar
växte fram i
början av
1990-talet*

sjukvårdsförsäkringar som det näst bästa alternativet när statliga medel inte räcker till – inte lika önskvärt som offentligt finansierad vård, men bättre än att hushållen betalar ur egen ficka. I rikare länder, hävdar förespråkarna, kan man lätta på det statliga budgettrycket genom att låta rika betala mer för hälso- och sjukvården och låta offentliga medel fokusera på sjukvårdens grundläggande uppgifter (Chollet & Lewis, 1997). I fattigare länder kan privata sjukvårdsförsäkringar spela en övergångsroll där intäkter från försäkringspremierna banar väg för ett offentligt finansierat försäkringssystem (Sekhri & Savedoff, 2005). I båda dessa fall utgår man ifrån att privata sjukvårdsförsäkringar kommer att avhjälpa brister i det offentligt finansierade systemet, även om ekonomisk teori visar att försäkringarna hjälper vissa grupper, men inte

alla. Analytiker som erkänner att denna ojämlikhet finns menar att problemet kan lösas genom statlig reglering (Sekhri & Savedoff, 2005).

Det internationella intresset för privata sjukvårdsförsäkringar växte fram i början av 1990-talet, i arbeten som finansierades av Europeiska kommissionen. Flera studier som systematiskt analyserar privata sjukvårdsförsäkringar inom Europeiska unionen (Schneider, 1995; Mossialos & Thomson, 2002; Thomson & Mossialos, 2009) har senare utvidgats till att omfatta även andra länder i Europa (Thomson, 2010; Sagan & Thomson, 2016a, 2016b). I slutet av 1990-talet började man göra jämförande analyser av erfarenheter utanför Europa, i rapporter som fokuserade på höginkomstländer (Jost, 2000; Maynard & Dixon, 2002; OECD, 2004; Wasem, Groß & Okma, 2004; Gechert, 2010) samt låg- och medelinkomstländer (Chollet & Lewis, 1997; Sekhri & Savedoff, 2005; Drechsler & Jütting, 2005; Preker, Scheffler & Bassett, 2007).

I vår bok vill vi bidra till den jämförande forskningen genom att analysera privata sjukvårdsförsäkringar i 18 hög- och medelinkomstländer runt om i världen, som tillsammans omfattar en tredjedel av världens befolkning. I boken fokuserar vi på flera av världens största marknader, både när det gäller befolkning och bidrag till hälso- och sjukvårdsutgifter. Vi beskriver de olika funktioner försäkringarna kan ha på marknaden och inkluderar länder där privat sjukvårdsförsäkring är den enda formen av sjukvårdsförsäkring för vissa människor.

Kapitlen som följer är huvudsakligen fallstudier av enskilda länder som presenteras i ett standardiserat format för att möjliggöra jämförelser på ett internationellt plan. I varje fallstudie undersöks hur marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar har uppstått, hur aktörernas intressen påverkat utvecklingen och hur försäkringarna påverkar hälso- och sjukvården i stort. Fallstudierna för varje land beskriver den nationella utvecklingen fram till 2017.

Genom att undersöka framgångar, misslyckanden och utmaningar med privata sjukvårdsförsäkringar land för land vill vi:

- Se de kontextuella faktorer som ligger till grund för uppkomsten, utvecklingen och regleringen av privata sjukvårdsförsäkringar, inklusive det inflytande som interna och externa aktörer har på marknadsutvecklingen och politiken.
- Bedöma den privata sjukvårdsförsäkringens effekter utifrån kriterier som ekonomisk trygghet, jämlikhet i tillgång och utnyttjande, effektivitet och kvalitet i utförandet samt i vilken utsträckning privata sjukvårdsförsäkringar bidrar till att minska skattetrycket och övrig belastning på sjukvården.
- Ge underlag för politiska beslut i olika länder beroende på deras inkomstnivågrupp.

I följande avsnitt beskriver vi vad som menas med privat sjukvårdsförsäkring, redogör för marknadsmisslyckanden som rör frivilliga sjukvårdsförsäkringar och deras konsekvenser och sammanfattar den historiska bakgrunden och de politiska intressen som ligger bakom utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar och hur vi hamnat där vi är i dag. Vi tittar också närmare på omfattningen av dagens privata sjukvårdsförsäkringsmarknader, bedömer hur väl privata sjukvårdsförsäkringar fungerar och ger underlag för länder som vill införa eller utvidga den privata sjukvårdsförsäkringen eller minimera dess negativa effekter på hälso- och sjukvården.

Ingen marknad för privat sjukvårdsförsäkring är den andra lik

Med privat sjukvårdsförsäkring menas vanligen en försäkring som tecknas frivilligt och betalas med egna medel, antingen av enskilda personer eller av arbetsgivare för de anställdas räkning (Mossialos & Thomson, 2002). Definitionen innebär att privata sjukvårdsförsäkringar kan säljas av en mängd olika företag och organisationer, både offentliga och privata. Den skiljer också mellan frivillig och obligatorisk sjukvårdsförsäkring, vilket är viktigt ur ett analytiskt perspektiv eftersom många marknadsmisslyckanden bara sker, eller oftare riskerar att ske, när försäkringen är frivillig (Barr, 2004). Att försäkringen betalas med egna medel är ytterligare ett kännetecken: premier för privata sjukvårdsförsäkringar är vanligtvis kopplade till personens sjukdomsrisk eller utgörs av ett fast belopp, medan bidragen till offentligt finansierade system nästan alltid är kopplade till inkomst.

*Det är viktigt
att förstå
vilken funktion
privata
sjukvårds-
försäkringar
har i ett visst
sammanhang*

I boken fokuseras främst på frivillig privat sjukvårdsförsäkring, definierad utifrån vilken funktion den har i förhållande till offentligt finansierade system. I tabell 1.1 visas fyra olika funktioner som privata sjukvårdsförsäkringar kan fylla och i vilka av de undersökta länderna de förekommer. Det är viktigt att förstå vilken funktion privata sjukvårdsförsäkringar har i ett visst sammanhang, eftersom det ofta påverkar den politik som förs gentemot marknaden.

Människor köper supplementära privata sjukvårdsförsäkringar för att få tillgång till privat vård, undvika köer till offentligt finansierad specialistvård eller få en högre servicenivå på offentliga vårdinrättningar.

Komplementära privata sjukvårdsförsäkringar avhjälpas de brister som uppstår när det offentligt finansierade systemet inte omfattar alla typer av vård eller innebär att patienterna får betala en viss avgift själva (egenavgifter). Supplementära privata sjukvårdsförsäkringar och komplementära privata sjukvårdsförsäkringar som täcker tjänster finns i många länder. Komplementära privata sjukvårdsförsäkringar som täcker egenavgifter är mycket mindre utbredda. Privata sjukvårdsförsäkringar som fungerar som substitut köps av de som inte omfattas av något offentligt finansierat system på grund av ålder eller inkomst, eller av de som kan välja mellan offentligt finansierade system och privat sjukvårdsförsäkring.

Tabell 1.1

Fyra funktioner för privat sjukvårdsförsäkring (PSF)

PSF-funktion	Drivkraft för efterfrågan på PSF	Huvudskälet till att ha en PSF	Nationella exempel i boken
Supplementär	Uppfattningar om den offentligt finansierade vårdens kvalitet och tillgänglighet	Kortare väntetider, större möjligheter att välja vårdgivare eller högre servicenivå	Australien, Brasilien, Egypten, Indien, Irland, Israel, Japan, Kenya, Schweiz, Sydafrika, Sydkorea, Taiwan
Komplementär (tjänster)	Den offentligt finansierade sjukvårdens omfattning	Täcker tjänster som inte ingår i den offentligt finansierade vården	Israel, Kanada, Nederländerna, Schweiz, Tyskland
Komplementär (patientavgifter)	Förekomsten av patientavgifter (egenavgifter) för offentligt finansierad sjukvård	Täcker patientavgifter (egenavgifter) för varor och tjänster i den offentligt finansierade vården	Frankrike
Substitut	Regler kring vilka som omfattas av offentligt finansierade system	Vänder sig till de som inte omfattas av något offentligt finansierat system eller som kan välja mellan offentligt finansierade system eller privat sjukvårdsförsäkring	Chile, Egypten, Nederländerna före 2006, Tyskland, USA

Källa: Bearbetad version utifrån Foubister et al. (2006).

Anmärkning: I många länder kombineras ofta delar av de två första funktionerna. I vissa länder kombineras delar från de tre första.

De tre kapitel som handlar om Nederländerna, Schweiz och USA fokuserar på det som i systemet för redovisning av utgifterna för hälso- och sjukvård (System of Health Accounts, OECD, Eurostat, WHO, 2017) räknas som obligatorisk privat sjukvårdsförsäkring. Länderna tjänar här som exempel på hur övergången från frivillig till obligatorisk privat sjukvårdsförsäkring kan se ut. Även delar av den privata sjukvårdsförsäkringsmarknaden i Chile, Frankrike och Tyskland räknas som obligatorisk enligt systemet för redovisning av utgifterna för hälso- och sjukvård. Med undantag för Chile fungerade den privata sjukvårdsförsäkringen i dessa länder till en början på frivillig basis. Den spelade en viktig roll inom hälso- och sjukvården och blev obligatorisk eftersom man ville att hela befolkningen skulle omfattas, vilket beskrivs i ruta 1.1. I Chile har man sedan 1981 låtit hela befolkningen välja mellan offentligt finansierad och privat sjukvårdsförsäkring. Det är obligatoriskt att vara försäkrad och alla måste bidra med samma minimiandel av sin inkomst till

försäkringen, oavsett vilket alternativ de väljer. Även om det är frivilligt att välja privat i stället för offentligt finansierad sjukvårdsförsäkring i Chile, liksom för höginkomsttagare under 55 år i Tyskland, räknas den privata sjukvårdsförsäkringen i dessa länder som obligatorisk i systemet för redovisning av utgifterna för hälso- och sjukvård.

Ruta 1.1

Fem länder som gått från frivillig till obligatorisk privat sjukvårdsförsäkring

I **Schweiz** har sjukvårdsförsäkringar alltid tillhandahållits av privata aktörer. År 1996 blev det för första gången obligatoriskt för hela befolkningen att ha en sjukvårdsförsäkring. Människor betalar premier baserade på sjukdomsrisk till icke-vinstdrivande privata försäkringsbolag. Personer med låg inkomst får bidrag från lokala myndigheter.

I **Nederländerna** blev allmän, offentligt finansierad sjukvårdsförsäkring obligatorisk för låginkomsttagare 1941. Under åren 1941–1986 fick de med högre inkomster välja mellan allmän och privat försäkring. 1986 blev den rikaste tredjedelen av befolkningen utestängd från allmän sjukvårdsförsäkring och i stället beroende av privata sjukvårdsförsäkringar som substitut. 2006 infördes ett nationellt sjukvårdsförsäkringssystem. Försäkringen är obligatorisk för alla invånare och tillhandahålls av en blandning av vinstdrivande och icke-vinstdrivande privata företag (tidigare sjukkassor och privata försäkringsbolag). Systemet lyder under privaträtten, är hårt reglerat av staten och finansieras genom en kombination av premier till schablonbelopp, inkomstrelaterade premier och subventioner för de med lägst inkomster.

I **Tyskland** ändrades systemet 1970 och man lät anställda med högre inkomster välja mellan offentligt finansierad, privat eller ingen sjukvårdsförsäkring. Tidigare hade de varit uteslutna från det offentligt finansierade systemet. Sedan 1994 kan de som väljer en privat sjukvårdsförsäkring som substitut inte längre återgå till det offentligt finansierade systemet efter 65 års ålder (en gräns som år 2000 sänktes till 55 år), även om deras inkomster understiger inkomstgränsen. Sedan 2009 är sjukvårdsförsäkring obligatorisk för alla invånare. Personer över 55 år som redan har valt privat sjukvårdsförsäkring har inte längre rätt till allmän sjukvårdsförsäkring. Privat sjukvårdsförsäkring är nu deras enda möjlighet till försäkringsskydd för sjukvård.

Affordable Care Act som infördes i **USA** 2014 gjorde för första gången sjukvårdsförsäkring obligatorisk för personer under 65 år. Obligatorisk sjukvårdsförsäkring som tillhandahålls av privata försäkringsgivare i utbyte mot

riskbaserade premier fungerar nu parallellt med offentligt finansierade system för äldre (Medicare) och fattiga (Medicaid) som infördes 1965.

I **Frankrike** tillåts privata försäkringsbolag att täcka patientavgifter (egenavgifter) för offentligt finansierad sjukvård. 2015 hade 90 % av befolkningen en komplementär privat sjukvårdsförsäkring för egenavgifter. 2016 blev det obligatoriskt för arbetsgivare att erbjuda sina anställda denna form av privat sjukvårdsförsäkring. Anställda har nu en obligatorisk privat sjukvårdsförsäkring som täcker egenavgifter, medan den som inte är anställd kan teckna en frivillig privat sjukvårdsförsäkring för egenavgifter.

I tabell 1.2 presenteras uppgifter om utgifterna för hälso- och sjukvård i de 18 länderna i boken. Siffrorna är från 2016, det senaste året för vilket internationellt jämförbara uppgifter finns tillgängliga. De benämningar som används i tabellen baseras på klassificeringen i systemet för redovisning av utgifterna för hälso- och sjukvård (System of Health Accounts). De privata sjukvårdsförsäkringarnas andel i Tyskland och Chile, där de fungerar som substitut, och de komplementära sjukvårdsförsäkringarna i Frankrike, som täcker egenavgifter, redovisas därför under obligatoriska privata sjukvårdsförsäkringssystem.

Tabell 1.2

Översikt över finansieringssystemen för hälso- och sjukvård i de länder som ingår i boken, 2016

Länder	De obligatoriska systemens andel				De frivilliga systemens andel			Hushållens utgifter ur egen ficka som andel av de löpande utgifterna för hälso- och sjukvård (%)
	De obligatoriska systemens andel av BNP (%)	av de löpande utgifterna för sjukvård (%)			av de löpande utgifterna för sjukvård (%)			
		Offentliga ordningar	Sociala sjukvårdsförsäkringssystem	Obligatoriska privata sjukvårdsförsäkringssystem	Frivilliga sjukvårdsförsäkringssystem	Ordningar för företagsfinansiering	System för finansiering av icke-vinstdrivande institutioner	
Höginkomstländer								
Australien	6,3	68,3	0	0	9,5	2,3	1	18,9
Kanada	7,4	68,9	0,0	0	13,1	0,7	1,3	14,6
Chile	5	2,3	47,4	8,8	6,5	0	0,3	34,8
Frankrike	9,6	5,1	71,5	6,3	6,7	0,6	0	9,8
Tyskland	9,4	6,8	70,3	7,4	1,4	0,4	1,1	12,4
Irland	5,3	71,8	0	0	12,3	2,6	0	13
Israel	4,6	15,7	46,8	0	11,2	1	0,8	23
Japan	9,1	8,4	75,2	0	2,2	0,8	0	13,5
Sydkorea	4,3	10,3	47,3	1,5	6,8	0,2	0,6	33,3
Nederländerna	8,4	6,1	19,5	55,4	6,1	1,4	0	11,5
Schweiz	7,7	21	3,4	38,4	6,7	0,6	0,4	29,6
USA	14	26,5	22,7	32,7	2,7	4,4	0	11,1
Övre medelinkomstländer								
Brasilien	3,9	33,3	0	0	21,9	0	1,2	43,6
Sydafrika	3,5	42,9	0	0,0	46,9	0,6	1,9	7,8
Lägre medelinkomstländer								
Egypten	1,4	25,1	5	0	1,1	6	0,8	62
Indien	0,9	21,4	3,2	0	4,4	2,9	2,2	64,6
Kenya	1,9	37,4	4,6	0	10,8	3,1	16,4	27,7

Källa: WHO (2019).

Anmärkningar: BNP: bruttonationalprodukt. Finansieringssystemen för hälso- och sjukvård definieras här i enlighet med systemet för redovisning av utgifterna för hälso- och sjukvård (System of Health Accounts). Utgifter för hälso- och sjukvård via obligatoriska privata sjukvårdsförsäkringssystem redovisades under frivilliga sjukvårdsförsäkringssystem i Frankrike före 2016, Tyskland före 2009, Nederländerna före 2006 och USA före 2014. I Taiwan står de privata sjukvårdsförsäkringarna för 9,5 % och hushållens utgifter ur egen ficka för 34,7 % av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård (se kapitlet om Taiwan i denna bok).

Marknadsmisslyckanden leder till risksegmentering, ojämlikhet och ineffektivitet

Marknadsmisslyckanden inom sjukvårdsförsäkringssektorn är väl belagda (Barr, 1992). Enligt ekonomisk teori kan frivilliga sjukvårdsförsäkringar bara ge en optimalt effektiv fördelning av hälso- och sjukvårdens resurser under vissa bestämda förutsättningar: att risken för att den försäkrade insjuknar är mindre än ett (inga befintliga medicinska tillstånd), att sjukdomsriskerna är kända, uppskattningsbara (försäkringsgivaren kan göra en bedömning av framtida utbetalningar och justera premierna efter risk) och oberoende av varandra (inga endemiska smittsamma sjukdomar) och att det inte finns några större problem med snedvridet urval, riskurval, moralisk risk eller monopol (Barr, 2004).

Problem med moralisk risk och monopol kan uppstå i både obligatoriska och frivilliga system och forskare har även ifrågasatt om moralisk risk utgör ett verkligt hot mot sjukvårdsförsäkringarnas effektivitet (Nyman, 2004; Einav & Finkelstein, 2018). Det innebär att sjukdomsrisk, snedvridet urval och riskurval är de mest sannolika orsakerna till marknadsmisslyckanden för frivilliga sjukvårdsförsäkringar.

*Försäkrings-
givare
kommer att
försöka
locka till sig
personer
med låg risk*

Försäkringspremiernas storlek beror på sjukdomsrisken och de förväntade kostnaderna för att behandla ohälsa. Det räknas som försäkringsteknisk rättvisa när premierna återspeglar sjukdomsrisken i försäkringskollektivet. Försäkringsgivaren kan då uppfylla sina skyldigheter gentemot försäkringskollektivet och undvika ekonomiska förluster för företaget.

Försäkringsteknisk rättvisa är svår att uppnå av flera skäl. För det första är det svårt att ha en fungerande privat sjukvårdsförsäkringsmarknad bland människor som redan är sjuka eller löper stor risk att bli sjuka, och i samband med epidemier (Barr, 2004). För det andra äventyras

försäkringskollektivets ekonomiska bärkraft om människor döljer information och köper en försäkring till en premie som inte korrekt återspeglar deras sjukdomsrisk. Premierna höjs och de som har en lägre sjukdomsrisk kommer att byta till billigare sjukvårdsförsäkringar från andra företag (Akerlof, 1970). Så kallat snedvridet urval kan leda till att en marknad kollapsar. Att säkerställa stabilitet är det främsta skälet till att privata sjukvårdsförsäkringsmarknader kräver regler för försäkringsgivares inträde och utträde, verksamhet och rapportering, även om problemen med snedvridet urval bäst åtgärdas genom att göra sjukvårdsförsäkringen obligatorisk. För det tredje kommer försäkringsgivare, för att förhindra ett snedvridet urval, att göra ett riskurval genom att försöka locka till sig personer med låg risk och avskräcka personer med hög risk från att teckna försäkringen.

Riskurval kan leda till att somliga inte kan få någon försäkring alls eftersom försäkringsgivaren avslår deras ansökningar, att somliga inte kan få tillräckligt skydd eftersom vissa befintliga medicinska tillstånd eller typer av behandlingar inte omfattas av försäkringen och att somliga inte kan få försäkring till ett pris som de har råd att betala. En privat sjukvårdsförsäkring kommer därför att segmentera riskerna både mellan olika grupper som har privat sjukvårdsförsäkring och mellan personer med och utan privat sjukvårdsförsäkring. Detta begränsar i sin tur

Ekonomisk teori pekar tydligt ut några av de följder som privata sjukvårdsförsäkringar kan få

omfördelningen av medel mellan rika och fattiga och friska och sjuka, strider mot rättvisepincipen – det vill säga att tillgången till sjukvård ska baseras på behov snarare än betalningsförmåga – (Culyer, 1989) och leder till större ojämlikhet inom sjukvården. En del av dessa konsekvenser kan undvikas genom omfattande statlig reglering av premier, förmåner och andra avtalsvillkor (Hsiao, 1995).

En annan bieffekt av riskurvalet är att det kan undergräva incitamenten för ökad effektivitet inom verksamheten för både försäkringsgivare och vårdgivare. Försäkringsgivare kan försöka slå vakt om marginalerna genom att välja ut personer med låg risk i stället för att själva effektivisera sin verksamhet eller försöka påverka vårdgivarna (Evans, 1984; Rice, 2001; Rice, 2003).

Risksegmentering uppstår i första hand som ett resultat av marknadsmisslyckanden, men förvärras ibland av den politik som bedrivs beträffande gränsen mellan offentliga och privatfinansierade system samt hur, och i vilken omfattning, marknaden regleras.

Hur vi hamnade där vi är i dag – historiens och politikens betydelse

Ekonomisk teori pekar tydligt ut några av de följder som privata sjukvårdsförsäkringar kan få. För att förstå hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar sjukvården i stort krävs också en kontextspecifik analys. Den stora variationsrikedomen, som gör privata sjukvårdsförsäkringar svåra att definiera, innebär också att effekterna av dem varierar, i stor utsträckning beroende på vilken politik som förs. Två länder där sjukvårdsförsäkringarna har samma funktion kan få olika resultat på grund av skillnader i den förda politiken, som i sin tur kan återspegla hur den bedrivna politiken har formats av historien (tidigare händelser) och politiska intressen (aktörernas intressen).

I bokens fallstudier går vi igenom den privata sjukvårdsförsäkringens ursprung och utveckling över tid. Via fallstudierna kan man se olika mönster för hur marknaderna för privata sjukvårdsförsäkringar etablerats, hur de utvecklats och vilken roll de har spelat i den nationella debatten om att införa ett system som omfattar alla.

Privata sjukvårdsförsäkringar var ofta föregångare till offentligt finansierade system och vanligtvis organiserade kring anställning

De privata sjukvårdsförsäkringarna är i allmänhet äldre än de nationella sjukvårdsförsäkringssystemen. I sin tidigaste form, innan den moderna läkarvetenskapen vuxit fram, var försäkringarna främst till för att kompensera människor för förlorad inkomst på grund av sjukdom. Därför var de uteslutande kopplade till arbete. Med tiden ersattes systemen för inkomstbortfall – som först inrättades inom det medeltida skråväsendet i Europa – av ömsesidiga hjälpsammanslutningar för industriarbetare, som också lade grunden till dagens välfärdsstater (Abel-Smith, 1988).

I mitten av 1800-talet hade privata sjukvårdsförsäkringar, som erbjöds av ömsesidiga sammanslutningar och var baserade på anställning, blivit norm i stora delar av Europa (Saltman, Busse & Figueras, 2004). I Sydafrika infördes privata sjukvårdsförsäkringar vid förra sekelskiftet, under brittiskt styre, för vita gruvarbetare. De förblev förbehållna vita sydafrikaner fram till 1970-talet (McIntyre & McLeod, denna bok). De icke-vinstdrivande sjukvårdsförsäkringssystemen som finns i Israel i dag uppstod ur fackföreningsrörelsen i början av 1900-talet och kom under statlig reglering i samband med bildandet av staten Israel 1948 (Brammli-Greenberg, Waitzberg & Goss, denna bok).

I takt med att sjukvården utvecklades och behandlingarna blev dyrare började vårdgivarna ta fram egna sjukvårdsförsäkringar för att göra det möjligt för

patienterna att betala för vården. Från början av 1900-talet var läkare i Nederländerna och sjukhus och läkare i Australien, Kanada och USA drivande i att inrätta system för sjukvårdsförsäkringar. Några av dem lever fortfarande kvar. Vårdgivarinitierade system var vanligtvis kopplade till sjukhus som drevs ideellt. Många av dem drevs därför av icke-vinstdrivande organisationer som arbetade enligt sociala principer. Man hade till exempel fri anslutning (alla sökande accepterades) och gemensam prissättning (premierna beräknades efter genomsnittsriskerna hos kollektivet snarare än efter sjukdomsriskerna hos en enskild person).

Därefter följde ett tredje steg i utvecklingen där system som byggde på anställning eller som initierats av vårdgivare fick sällskap av försäkringsgivare som arbetade på kommersiell basis.

I de medelinkomstländer som ingår i boken ser utvecklingen ofta annorlunda ut. I Chile, Brasilien, Kenya och Indien började privata sjukvårdsförsäkringar att erbjudas efter regeringsbeslut om att öka det privata engagemanget i sjukvården och efter att någon form av nationell sjukvårdsförsäkring redan hade införts. Dessa beslut fattades 1976 i Brasilien, 1980 i Chile, på 1980- och 1990-talen i Kenya samt 1999 i Indien. Något liknande inträffade i Central- och Östeuropa på 1990-talet, efter Sovjetunionens kollaps, när nya lagar tillät privata sjukvårdsförsäkringar parallellt med offentligt finansierade system (Kornai & Eggleston, 2001; Thomson, 2010).

I Japan, Sydkorea och Taiwan har privat sjukvårdsförsäkring sitt ursprung i olycksfalls- eller livförsäkringar och fortsätter att vara kopplade till livförsäkringar och andra typer av finansiella investeringsinstrument, som ofta erbjuder kontantförmåner i händelse av sjukdom.

Uppkomsten av obligatoriska, offentligt finansierade system var en reaktion på att de frivilliga systemen inte lyckades omfatta hela befolkningen

De allra flesta av dessa tidiga former av privata sjukvårdsförsäkringar fångade bara upp en liten del av befolkningen, delvis på grund av att de ursprungligen baserades på anställning och var frivilliga, men också för att de var för dyra för många människor, inte minst för de som var i störst behov av att få sina sjukvårdskostnader täckta.

I vissa länder gjordes anställningsbaserade sjukvårdsförsäkringar mer tillgängliga via olika välgörenhetsorganisationers (oftast kopplade till kyrkan) och lokala myndigheters verksamhet på området, men inte ens det var tillräckligt för att nå ut till hela befolkningen. Vid en folkräkning i Schweiz 1903 visade det sig att endast 14 % av befolkningen tillhörde någon form av försäkringssystem, inräknat de som drevs av katolska kyrkan och landets kanton- och kommuner (Crivelli, denna bok).

Enligt den tyska modell som infördes 1883 (Ettelt & Roman-Urrestarazu, denna bok) började de styrande i flera länder fundera på att inrätta någon form av nationellt system som skulle kunna omfatta större delen av – om inte hela – befolkningen. De privata systemen fick här en unik möjlighet att fylla en viktig funktion. Icke vinstdrivande aktörer som följer sociala principer utgjorde grunden för den nationella sjukvårdsförsäkringen i Tyskland (1883), Nederländerna (1941) och Israel (1995), vilket innebar att privata aktörer fick täcka eventuella luckor. Frankrike visade sig vara ett undantag: när ett offentligt finansierat system infördes 1945 valde regeringen att skapa nya institutioner i stället för att bygga vidare på den tradition som upprättats av ömsesidiga försäkringsbolag, så kallade *mutuelles*, trots att de täckte ungefär två tredjedelar av befolkningen 1939.

Det var i samband med införandet av den nationella sjukvårdsförsäkringen som den viktigaste skillnaden mellan systemen ändrades. Från att förut ha handlat om vem som tillhandahöll försäkringar blev det i stället en fråga om obligatorisk kontra frivillig.

Privata intressen försökte konsekvent hindra utbyggnaden av ett offentligt finansierat system

I många länder har olika aktörer (vårdgivare, privata försäkringsgivare, personer med privata sjukvårdsförsäkringar och politiska partier) arbetat för att förhindra att ett nationellt sjukvårdsförsäkringssystem för hela befolkningen tas fram, oftast genom att hävda att det bör begränsas till utsatta grupper.

Till exempel var Blue Cross- och Blue Shield-planerna, som utarbetades av vårdgivare i USA på 1920- och 1930-talen, en del av ett medvetet – och i slutändan framgångsrikt – försök av läkarkåren att skapa ett alternativ till ett offentligt finansierat system (Brown & Glied, denna bok). De offentligt finansierade system som slutligen infördes 1965 är än i dag begränsade till att omfatta äldre (Medicare) och fattiga (Medicaid), som tillsammans endast utgör en tredjedel av befolkningen.

I Tyskland har förslag om att utvidga det offentligt finansierade systemet till att omfatta hela befolkningen (vilket i praktiken skulle avskaffa den privata sjukvårdsförsäkringen som substitut) alltid motarbetats, inte bara av privata försäkringsbolag och vårdgivare (som tjänar på att ta ut högre avgifter när de behandlar privat försäkrade personer), utan även av de relativt rika, privatförsäkrade hushållen som är rädda för att behöva acceptera vård med lägre standard och sämre tillgänglighet inom ramen för ett system som omfattar alla (Ettelt & Roman-Urrestarazu, denna bok).

Med undantag för Tyskland och USA har privata försäkringsgivare i allmänhet misslyckats med att förhindra införandet av ett heltäckande nationellt system.

Däremot har de ofta lyckats försena införandet, och genom att de utgjort en viktig kugge inom hälso- och sjukvårdssystemet har de kunnat påverka hur reformen utförts.

I Schweiz ville regeringen i första hand se en nationell sjukvårdsförsäkring som drevs av offentliga organ, men motståndare fick till stånd en folkomröstning i frågan och förslaget röstades ner år 1900 (Crivelli, denna bok). Visa av erfarenheten försökte regeringen att övervinna motståndet i sitt nästa förslag genom att överlåta driften av det nya systemet till privata aktörer och låta kantonerna själva bestämma om sjukvårdsförsäkringen skulle vara obligatorisk eller inte. Det reviderade förslaget godkändes i en folkomröstning 1912, men förklarade ändå reformarbetet i över 80 år. Det dröjde till 1996 innan sjukvårdsförsäkring blev obligatorisk för hela befolkningen.

I Nederländerna såg den nationella läkarföreningen till att de första försöken att införa en nationell sjukvårdsförsäkring – från 1901 och framåt – begränsades till låginkomsttagare för att inte sänka läkarnas inkomster. Man uppmuntrade också läkare att inrätta egna sjukvårdsförsäkringssystem, som snart kom att dominera marknaden (Maarse & Jeurissen, denna bok). Under hela återstoden av 1900-talet lyckades de privata försäkringsgivarnas inflytande stoppa alla försök att införa ett offentligt finansierat system som omfattade hela befolkningen (Maarse & Jeurissen, denna bok). Liksom i Tyskland fick försäkringsbolagens motstånd mot förändringarna extra stöd av de som tecknat privata sjukvårdsförsäkringar. Det är därför inte förvånande att de privata försäkringsbolagen komprimerades när ett nationellt system slutligen inrättades 2006. De fick bli en del av systemet, tillsammans med sjukförsäkringen, och de direkta bidragssubventionerna från riket till fattigare hushåll begränsades.

Australiens första försök att skapa ett nationellt system (känt som Medibank) genomfördes 1974 under den dåvarande Labourregeringen, efter år av motstånd från en koalition av privata försäkringsbolag, privata sjukhus, privatpraktiserande läkare och det konservativa liberala partiet (Hall, Fiebig & van Gool, denna bok). Försöket blev inte långlivat. Redan 1976 omvandlade en nyvald konservativ koalition Medibank till ett statligt ägt försäkringsbolag, med namnet Medibank Private, och tvingade det att konkurrera med privata försäkringsbolag. Ett verkligt nationellt system återinfördes först när Labourpartiet återkom i regeringsställning 1984. Sedan dess har de privata sjukvårdsförsäkringarna huvudsakligen fungerat som supplement.

Statlig inblandning på privata sjukvårdsförsäkringsmarknader har blivit allt vanligare

Om man tittar på marknadsutvecklingen kan man konstatera att privata sjukvårdsförsäkringar fortfarande fyller i stort sett samma funktioner som tidigare. Den enda betydande förändringen har varit avskaffandet av privata sjukvårdsförsäkringar som substitut i Nederländerna 2006. Den överlägset mest iögonenfallande och utbredda tendensen över tid har i stället varit den ökade statliga inblandningen. I ruta 1.2 beskrivs de viktigaste hållpunkterna för de privata sjukvårdsförsäkringarnas utveckling i de 18 länderna, från andra hälften av 1900-talet – efter att någon form av nationell sjukvårdsförsäkring hade införts i de flesta länder – till slutet av 2017.

Ruta 1.2

Viktiga hållpunkter för de privata sjukvårdsförsäkringarnas utveckling i länderna i denna bok, 1960–2017

1960-talet

- I **Nederländerna** fastslås återigen att den allmänna, offentligt finansierade sjukvårdsförsäkringen bara ska omfatta låginkomsttagare. Höginkomsttagare kan välja mellan allmän, privat eller ingen försäkring (1964).

1970-talet

- **Tyskland** inför obligatorisk allmän sjukvårdsförsäkring för tjänstemän med inkomster under en viss gräns och låter tjänstemän med högre inkomster välja mellan allmän, privat eller ingen försäkring (1970).
- Privata försäkringsbolag får bedriva verksamhet i **Brasilien** (1976).

1980-talet

- Chile ger hela befolkningen rätt att välja mellan allmän eller privat försäkring (1981).
- Australien inför skattelättnader för privata sjukvårdsförsäkringar (1981) och tar senare bort dem (1983).
- Nederländerna avskaffar rätten att välja mellan allmän och privat sjukvårdsförsäkring. De som har inkomster över en viss gräns omfattas inte längre av det offentligt finansierade systemet. Regleringen av de privata sjukvårdsförsäkringarna, som fungerar som substitut, förstärks (1986).
- Tyskland utvidgar valet mellan allmän, privat eller ingen försäkring till att omfatta alla anställda med högre inkomster (1989).
- I Israel blir supplementära sjukvårdsförsäkringar en obligatorisk del av det offentligt finansierade systemet (mitten av 1980-talet). Detta förbjöds senare (1995), men kan erbjudas på frivillig basis som en separat försäkring.

- Avreglering av den privata sjukvårdsförsäkringsmarknaden i Sydafrika (1980-talet och början av 1990-talet).

1990-talet

- Genom det tredje direktivet om annan direkt försäkring än livförsäkring läggs grunden för en gemensam europeisk marknad för sjukvårdsförsäkringar (1992).
- Sjukförsäkringssparkonton införs på marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar i Sydafrika (1994).
- Irland öppnar upp marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar i enlighet med EU-lagstiftningen. Regeringen inför samtidigt omfattande regleringar av privata sjukvårdsförsäkringar, bland annat en riskutjämningsordning (1994).
- I Tyskland får personer över 65 år som valt privat försäkring inte längre byta tillbaka till allmän försäkring. En standardtaxa (premie) införs för den privata sjukvårdsförsäkringen (1994).
- Nationell sjukvårdsförsäkring som erbjuds av konkurrerande sjukvårdsförsäkringssystem blir obligatorisk i Israel (1995).
- Australien inför straffskatt för höginkomsttagare som inte köper en privat sjukvårdsförsäkring (1997).
- Sydafrika beslutar om omfattande regleringar av sjukvårdsförsäkringssystemet (1998, träder i kraft 2000).
- Strängare och mer omfattande reglering av supplementära sjukvårdsförsäkringar införs i Israel (1998).
- Australien återinför skattelättnader för privata sjukvårdsförsäkringar (1999).
- Nya lagar liberaliserar försäkringssektorn i Indien. Det gäller även sjukvårdsförsäkringar (1999).

2000-talet

- En ny tillsynsmyndighet, Superintendencia de ISAPRE, för privata sjukvårdsförsäkringar i Chile inrättas (2000).
- I Tyskland får personer över 55 år som valt privat försäkring inte längre byta tillbaka till allmän försäkring (2000).
- I Frankrike blir komplementär privat sjukvårdsförsäkring som täcker egenavgifter gratis för de fattigaste hushållen (CMU-C) och subventioneras för fattiga hushåll som ligger över gränsen för CMU-C (2002).
- Livstidsbaserad gemensam prissättning införs för privata sjukvårdsförsäkringar i Australien (2000).
- Alla privata sjukvårdsförsäkringsbolag i Brasilien blir skyldiga att erbjuda en standardförsäkring som alternativ (2000).
- Sjukförsäkringssparkonton införs på marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar i USA (2002).

- De icke vinstdrivande sjukvårdsförsäkringsorganen i Israel ska retroaktivt kompensera den nationella sjukvårdsförsäkringen för att man använt infrastruktur och personal för supplementära sjukvårdsförsäkringar (2002).
- Chile inför minimiförmåner för privata sjukvårdsförsäkringar (2003).
- Fillon-lagen i Frankrike inför skattebefrielse för arbetsgivare som erbjuder obligatoriska privata gruppsjukvårdsförsäkringsavtal som uppfyller vissa regler (*contrats solidaires*) (2003, ytterligare förstärkt 2010 och 2013). Privata sjukvårdsförsäkringsavtal måste uppfylla ytterligare kriterier (*contrats responsables*) för att försäkringsgivarna ska befrias från skatt på premieinkomster (2004).
- Införande av ett allmänt sjukvårdsförsäkringssystem i Indien (2004).
- Nederländerna inför ett gemensamt system för alla och avskaffar privat sjukvårdsförsäkring som substitut (2004, träder i kraft 2006).
- Ett domstolsbeslut går emot de rådande restriktionerna för privata sjukvårdsförsäkringar i provinsen Quebec i Kanada (2005).
- Israel inför regleringar för att separera de supplementära sjukvårdsförsäkringarna från den nationella sjukvårdsförsäkringen (2005).
- Förslag till utvidgning av marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar i Sydkorea (2005).
- Irlands riskutjämningsordning (2005) utmanas av BUPA i Högsta domstolen (2006).
- Kenya stärker regelverket för privata sjukvårdsförsäkringar (2006).
- Årliga avgifter för sjukvård i Indien avskaffas. Beslutet omfattar även privata sjukvårdsförsäkringar (2007).
- Sydafrika beslutar att införa ett nationellt sjukvårdsförsäkringssystem (2007).
- Nya kommersiella sjukvårdsförsäkringar för privat utförd kirurgi i Israel får inte täcka kostnader som redan täcks av supplementära sjukvårdsförsäkringar (2007).
- Sjukvårdsförsäkring blir obligatorisk för alla i Tyskland, och nya omfattande regleringar införs för privata sjukvårdsförsäkringar som fungerar som substitut (2009).

2010-talet

- Införande av behovsprövning för skatteavdrag för privata sjukvårdsförsäkringar i **Australien** (2010).
- I **Frankrike** återinförs skatten för de så kallade *contrats responsables*, men på en lägre nivå än för kontrakt som inte uppfyller samma kriterier (2010).
- Patient Protection och Affordable Care Act (ACA) antas i **USA** (2011, träder i kraft 2014).
- I grönboken om nationell sjukvårdsförsäkring i **Sydafrika** föreslås att privata sjukvårdsförsäkringar skulle kunna begränsas till så kallade tilläggsförsäkringar (2011, upprepas i en vitbok 2015).

- **Irland** inför en riskutjämningsordning (2012), privata sängavgifter ska tas ut av privat försäkrade patienter för alla sängplatser på allmänna sjukhus (2014); livstidsbaserad gemensam prissättning införd (2015).
- **Schweiz** inför möjligheten att välja sjukhus för alla (tidigare endast tillgänglig genom frivillig privat sjukvårdsförsäkring) (2012).
- Kommersiella försäkringsbolag i **Israel** får inte ersätta operationer som täcks av den nationella sjukvårdsförsäkringen eller av supplementära privata sjukvårdsförsäkringar (2014).
- **Frankrike** utökar möjligheten till ACS (2015).
- Arbetsgivare i **Frankrike** är skyldiga att erbjuda sina anställda en komplementär privat sjukvårdsförsäkring (2016).

Källa: Kapitel i denna bok.

En del av behovet av större statlig inblandning kan kopplas till förändringar i marknadens struktur, som i sin tur leder till förändringar i marknadens beteende. Till en början dominerades marknaderna ofta – eller bestod uteslutande – av ideella organisationer som gjorde de privata försäkringarna relativt lättillgängliga eftersom de baserades på sociala principer om fri anslutning och gemensam prissättning. När kommersiella försäkringsbolag, som arbetade enligt andra principer (riskbaserade premier, ingen täckning för befintliga medicinska tillstånd, avslag på ansökningar), gjorde sitt inträde på marknaden hotades denna affärsmodell i många länder, bland annat i Australien, Frankrike, Irland, Israel, Kanada, Nederländerna, Schweiz och USA. Som svar började vissa ideella organisationer bedriva sin verksamhet på ett mer kommersiellt sätt, vilket innebar att staten inte längre kunde förlita sig på de ömsesidiga försäkringsbolagen för att garantera tillgången till privata sjukvårdsförsäkringar.

Större inblandning har också följt på grund av marknadens expansion eller tillväxt, vilket gör problemen med privata sjukvårdsförsäkringar mer synliga och mindre acceptabla. I sådana fall har statens inblandning haft tre mål:

- Att förbättra konsumentskyddet, ibland som svar på försäkringsbedrägerier (Kenya) eller felbehandlingar (Tyskland), men mer vanligen för att minska de finansiella kostnaderna och transaktionskostnaderna för konsumenter som står inför flera och potentiellt förvirrande försäkringsalternativ (nästan alla länder i denna bok).
- Att skydda den offentligt finansierade vården från det skattetryck som förvärras av (huvudsakligen) privata sjukvårdsförsäkringar som fungerar som supplement eller substitut. Staten har vanligtvis försökt begränsa de negativa effekterna av människors valfrihet genom att inskränka (Tyskland) eller avskaffa (Nederländerna) tillgången till allmän sjukvårdsförsäkring för vissa grupper,

klargöra och upprätthålla gränserna mellan allmän och privat försäkring (Irland, Israel) och minska skattesubventionerna för privata sjukvårdsförsäkringar.

- Att upprätthålla eller öka tillgången till privata sjukvårdsförsäkringar och den ekonomiska tryggheten för dem som har privata sjukvårdsförsäkringar. I tabell 1.3 ges exempel på de typer av omfattande regleringar som införts i de länder som behandlas i denna bok.

Tabell 1.3

Exempel på åtgärder för att säkerställa tillgänglighet, kvalitet och rimliga avgifter på marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar

Åtgärder	Länder
Tillgänglighet	
Fri anslutning	Australien, Irland, Israel, Sydafrika, Tyskland
Livslångt skydd	Brasilien, Irland, Tyskland
Garantera utbudet av de försäkringar som marknadsförs	Australien, Brasilien
Förbud mot straffavgifter vid byte	Nederländerna, Schweiz
Klassificering av försäkringar för att underlätta val	Australien
Annat	Frankrike ^a , Kenya ^b
Rimliga avgifter	
Premier baserade på gemensam prissättning	Australien, Brasilien, Chile, Irland, Israel, Sydafrika
Riskutjämning som stöd för gemensam prissättning	Chile, Irland
Åldersgränser	Tyskland
Premietak	Brasilien, Tyskland
Premier som subventioneras, rabatteras, efterskänks eller helt täcks av staten	Australien, Frankrike, Irland, Sydafrika, Tyskland
Begränsning av försäkringsgivarnas vinster	Australien, Chile
Försäkringens omfattning	
Täckning av befintliga medicinska tillstånd	Brasilien, Irland, Israel, Tyskland
Minimiförmåner eller standardförmåner	Brasilien, Chile, Frankrike, Irland, Israel, Sydafrika, Tyskland
Tak för egenavgifter i privata sjukvårdsförsäkringar	Chile, Sydafrika, Tyskland
Förbud mot förmånstak	Chile, Frankrike, Sydafrika
Bestämmelser för att uppmuntra privata försäkringsgivare att täcka luckorna i det offentligt finansierade systemet	Australien

Källor: kapitlen i denna bok; Sagan & Thomson (2016a och 2016b).

Anmärkning: ^a Att göra det obligatoriskt för arbetsgivare att köpa en komplementär privat sjukvårdsförsäkring för sina anställda (från 2016).

^b Att premier kan betalas varje månad i stället för en gång om året.

Behovet av att göra privat sjukvårdsförsäkring tillgänglig till rimliga priser är förmodligen störst när de privata sjukvårdsförsäkringarna fungerar som substitut eller som ett komplement för att täcka egenavgifter. Det är därför ingen tillfällighet att det är på dessa privata sjukvårdsförsäkringsmarknader som staten har ingripit mest kraftfullt och ihärdigt (Chile, Frankrike och Tyskland samt Nederländerna innan ett heltäckande, nationellt system infördes 2006). Den statliga inblandningen för att nå de tre ovannämnda målen har förstärkts även i de länder i denna bok där de privata sjukvårdsförsäkringarna fungerar som supplement (Australien, Brasilien, Irland, Israel, Kenya och Sydafrika).

Privat sjukvårdsförsäkring i dag: påverkan på sjukvården

Fallstudierna i den här boken ger empiriska belägg för hur den privata sjukvårdsförsäkringen påverkar sjukvården på tre områden (ekonomisk trygghet, tillgång till sjukvård samt sjukvårdens effektivitet och kvalitet vad beträffar organisation och utförande). De visar också i vilken utsträckning privata sjukvårdsförsäkringar kan bidra till att minska skattetrycket och övrig belastning på sjukvården. Fokus i detta avsnitt ligger på frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar snarare än på obligatoriska försäkringar som tillhandahålls av privata aktörer i till exempel Nederländerna, Schweiz och USA.

Kan privata sjukvårdsförsäkringar ge ökad ekonomisk trygghet genom att avhjälpa brister i offentligt finansierade system?

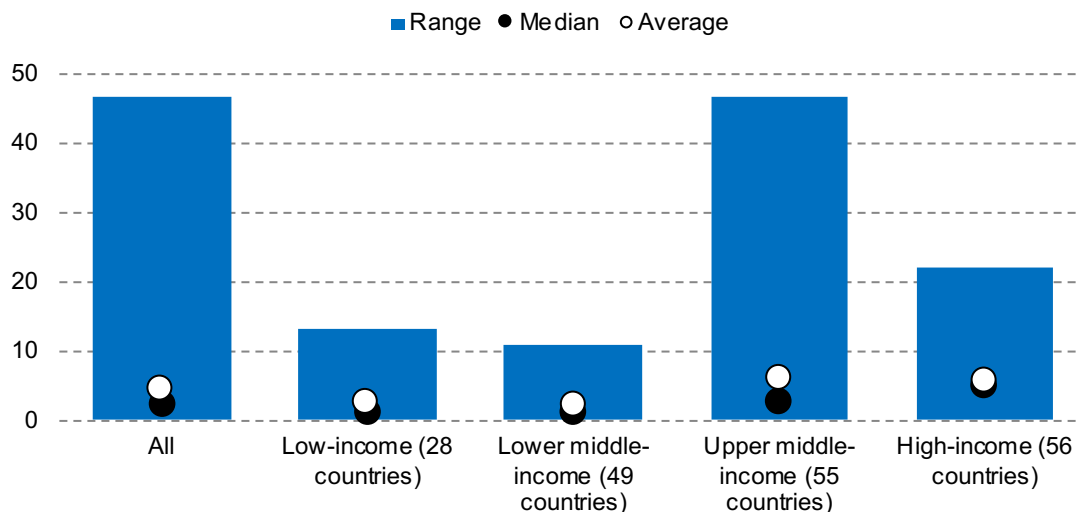
Privata sjukvårdsförsäkringar ger ökad ekonomisk trygghet för hushållen eftersom de minskar risken att behöva betala ur egen ficka. Hur väl de lyckas avhjälpa brister i det offentligt finansierade systemet kan bedömas genom att titta på de privata sjukvårdsförsäkringarnas andel av de totala och privata utgifterna för hälso- och sjukvård och hur stor andel av de som är berättigade till privata sjukvårdsförsäkringar som faktiskt omfattas av dem.

Uppgifter om utgifter på global nivå visar att privata sjukvårdsförsäkringar bidrar marginellt till de löpande utgifterna för hälso- och sjukvård i de allra flesta länder. I genomsnitt bidrar frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar endast med 4 % – och siffran varierar från 2 % i låginkomstländerna till 5 % i höginkomstländerna (fig.

1.1). De står för över 10 % av utgifterna i endast 25 länder (fig. 1.2). I 74 länder ligger deras bidrag under 2 %.

Fig. 1.1

Frivillig privat sjukvårdsförsäkring som andel (%) av de löpande utgifterna för hälso- och sjukvård globalt, indelat efter ländernas inkomstnivågrupper, 2016



Källa: WHO (2019).

Anmärkning: Frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar motsvarar "frivilliga sjukvårdsförsäkringssystem" i systemet för redovisning av utgifterna för hälso- och sjukvård (System of Health Accounts).

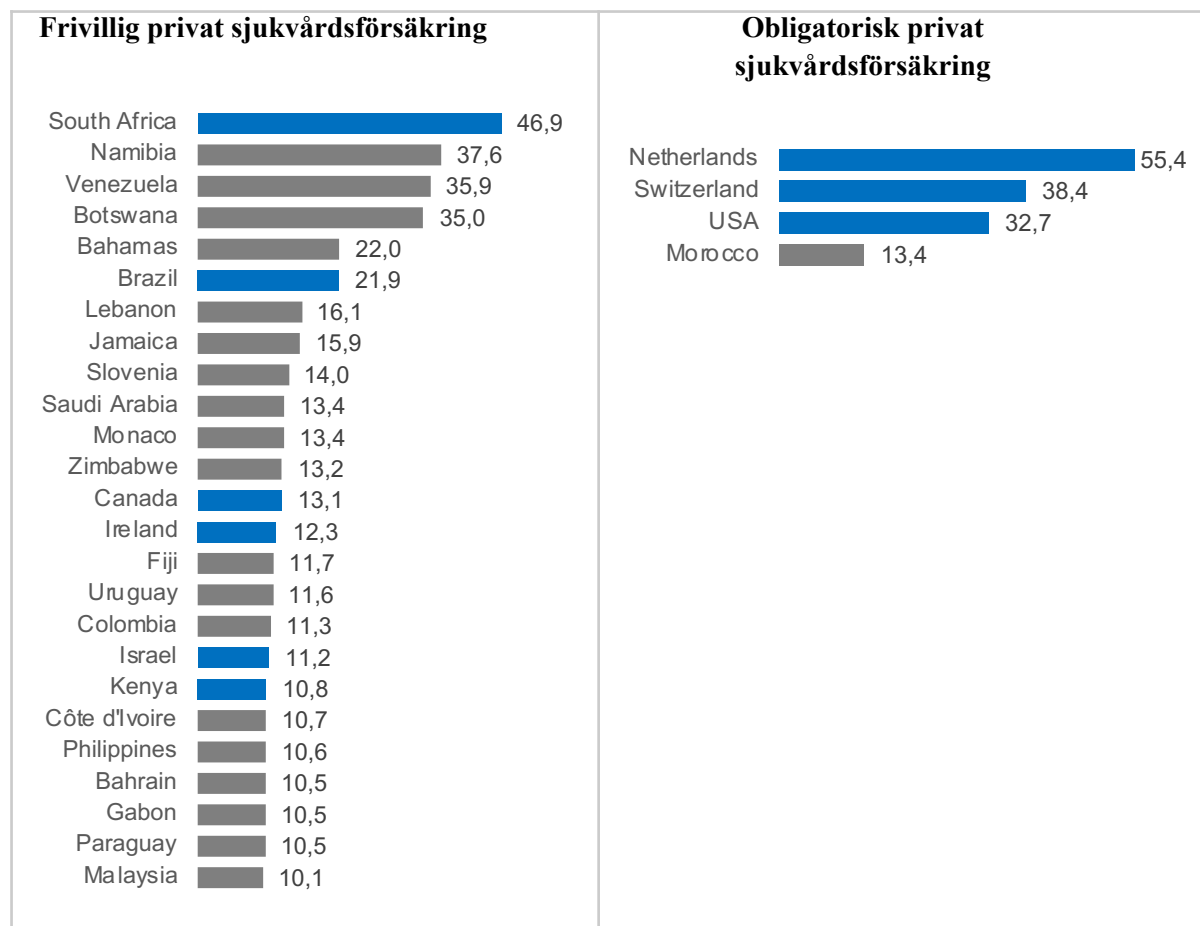
Över tid har de frivilliga privata sjukvårdsförsäkringarnas andel av de löpande utgifterna för hälso- och sjukvård varit relativt stabil. Det går att se en betydande minskning i Nederländerna (2006), Tyskland (2009), USA (2014) och Frankrike (2016), i samband med att privata sjukvårdsförsäkringar blev obligatoriska för delar av befolkningen. Det innebär att utgifter som betalats av frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar omklassificerades till utgifter betalda av obligatoriska privata sjukvårdsförsäkringar, snarare än att de totala utgifterna för hälso- och sjukvård minskade.

I Frankrike (2003), Israel (2006) och Irland (2011) kunde man se en relativt kraftig ökning av de frivilliga privata sjukvårdsförsäkringarnas andel av utgifterna för hälso- och sjukvård. I Frankrike kan det kopplas till införandet av ett tillgodohavandesystem (2000) och subventioner (2002) som gav fattiga hushåll gratis eller kraftigt subventionerade komplementära privata sjukvårdsförsäkringar, vilket fick fler att teckna privata försäkringar. Ökningarna i Israel och Irland berodde på förändringar i redovisningen.

Totalt redovisar 14 länder i världen utgifter som betalas via obligatorisk privat sjukvårdsförsäkring. I endast fyra av dessa uppgår den obligatoriska privata försäkringens andel av de löpande utgifterna till över 10 % (fig. 1.2).

Fig. 1.2

Länder i hela världen där frivillig och obligatorisk privat sjukvårdsförsäkring står för minst 10 % av de löpande utgifterna för sjukvård, 2016



Källa: WHO (2019).

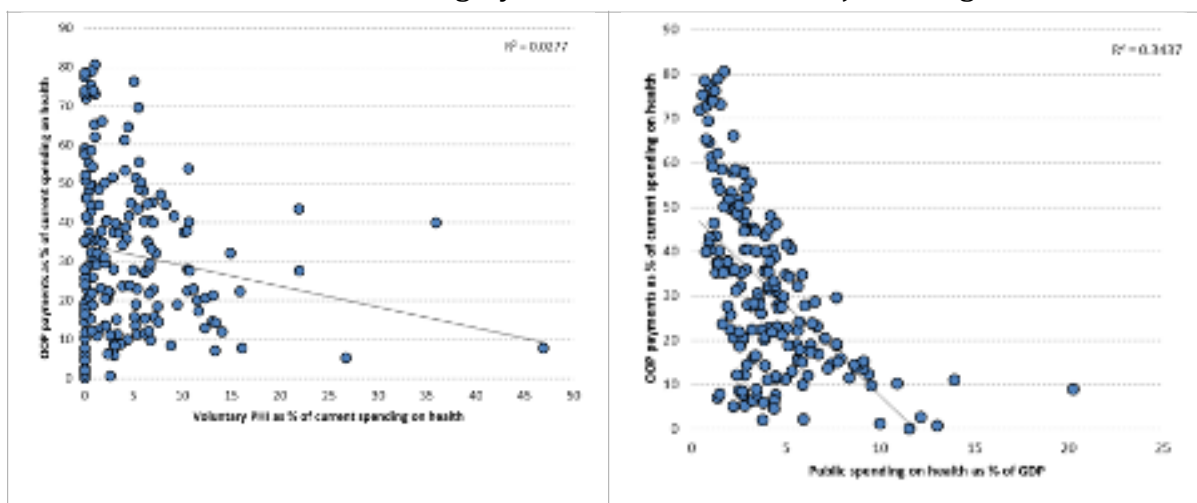
Anmärkningar: De länder som ingår i denna bok är markerade med blått. Termerna ”frivillig” och ”obligatorisk” motsvarar definitionen av frivilliga och obligatoriska försäkringssystem i systemet för redovisning av utgifterna för hälso- och sjukvård (System of Health Accounts). Frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar står för mindre än 10 % av de löpande utgifterna för hälso- och sjukvård i Australien, Chile, Egypten, Frankrike, Indien, Japan, Nederländerna, Sydkorea, Tyskland och USA. Utöver de länder som visas här redovisas utgifter som betalas genom obligatoriska privata sjukvårdsförsäkringssystem i Chile, Frankrike, Tyskland, Colombia, Costa Rica, Polen, Rwanda, Seychellerna, Surinam och Thailand.

Globalt sett är sambandet mellan privat sjukvårdsförsäkring och hur stor andel av de löpande utgifterna för hälso- och sjukvård som utgörs av hushållens utgifter ur egen ficka mycket svagt (fig. 1.3, första bilden). Trots att det i många länder finns betydande luckor i systemet, vilket framgår av att stora summor betalas av hushållen själva, är det få som köper frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar. Det tyder på att även om luckor i det offentligt finansierade systemet är en förutsättning för en frivillig privat sjukvårdsförsäkringsmarknad, är de inte tillräckliga för att marknaden ska kunna utvecklas och växa. År 2016 dominerades de privata utgifterna för sjukvård av hushållens utgifter ur egen ficka i över 95 % av världens länder (WHO, 2019). De länder som studeras i denna bok har generellt sett en stor marknad för privata sjukvårdsförsäkringar. Men trots det är det bara i sex av dem (Australien, Frankrike, Irland, Kanada, Nederländerna och Sydafrika) som privata sjukvårdsförsäkringar står för över 30 % av de privata utgifterna för sjukvård.

I de flesta länder finns däremot ett mycket starkare samband mellan offentliga utgifter för sjukvård och hushållens utgifter ur egen ficka (fig. 1.3, andra bilden). Det tyder på att ökade offentliga utgifter för sjukvård täcker luckorna i systemet mer än ökade betalningar från privata sjukvårdsförsäkringar.

Fig. 1.3

Förhållandet mellan finansieringssystemen för hälso- och sjukvård globalt, 2016



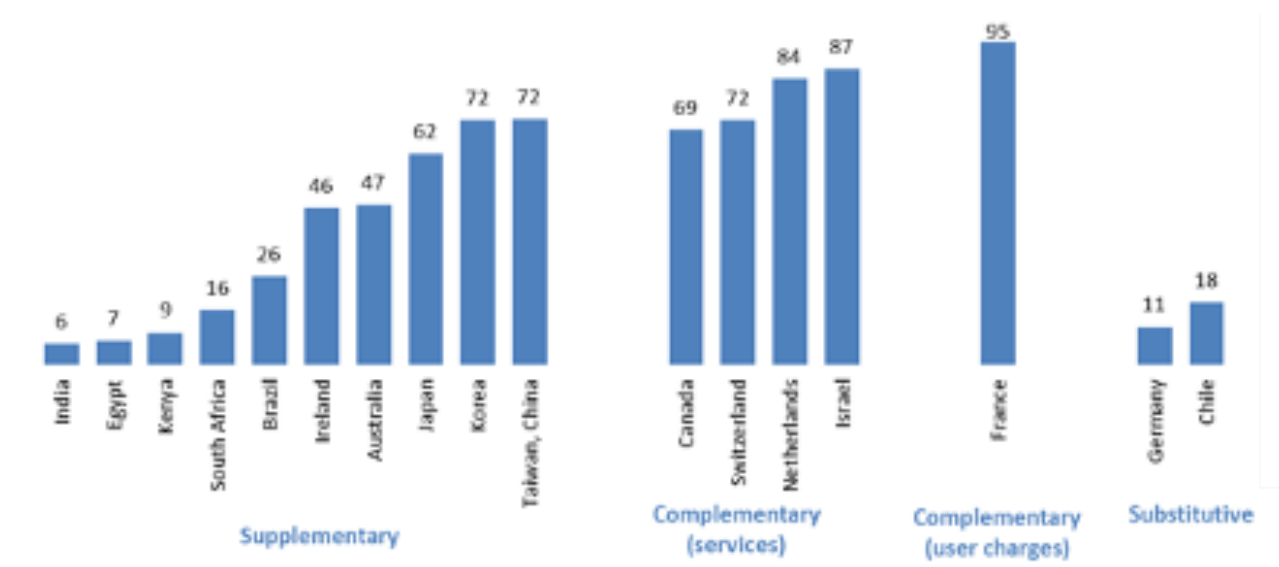
Källa: WHO (2019).

Uppgifter om de privata sjukvårdsförsäkringarnas betalningar måste sättas i samband med vilken roll den privata sjukvårdsförsäkringen spelar och hur stor andel av befolkningen som omfattas av privat sjukvårdsförsäkring. Nästan hälften (47 %) av de löpande utgifterna för hälso- och sjukvård i Sydafrika betalas av supplementära privata sjukvårdsförsäkringar, trots att de bara innehas av 16 % av befolkningen, till övervägande del personer från högre inkomstgrupper (McIntyre & McLeod, denna bok). I jämförelse står de supplementära privata sjukvårdsförsäkringarna i Irland för en mycket mindre del av de löpande utgifterna

för hälso- och sjukvård (cirka 12 %), men omfattar nästan hälften av befolkningen. I länder som Frankrike, Israel och Nederländerna, där de privata sjukvårdsförsäkringarna fungerar som komplement, står de för en mycket mindre andel av de löpande utgifterna för hälso- och sjukvård än i Sydafrika, men omfattar däremot över 80 % av befolkningen (figur 1.4).

Fig. 1.4

Andel (i procent) av befolkningen som omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar, indelade efter funktion, i de länder som ingår i denna bok, senaste tillgängliga år



Källa: Författarna.

Anmärkningar: Uppgifterna för Frankrike är från tiden före reformen 2016, som gjorde det obligatoriskt för arbetsgivare att försäkra sina anställda.

Supplementära privata sjukvårdsförsäkringar lyckas vanligtvis inte nå någon större del av befolkningen, vilket framgår av figur 1.4. Den relativt höga efterfrågan i Australien och Irland beror på långa väntetider i den offentligt finansierade specialistvården, betydande skattelättnader vid köp av en privat sjukvårdsförsäkring (även om dessa har minskat med tiden) och straffavgifter för yngre åldersgrupper som inte köper en privat sjukvårdsförsäkring (Turner & Smith och Hall, Fiebig & van Gool, denna bok). Den mycket höga andelen privata sjukvårdsförsäkringar i Japan, Sydkorea och Taiwan är inte typisk och beror till stor del på att de säljs tillsammans med livförsäkringar (Kwon, Ikegami & Lee, denna bok).

Privata sjukvårdsförsäkringar som omfattar en mycket hög andel av befolkningen verkar finnas där de uttryckligen fungerar som komplement (fig. 1.4). Kanada, Israel och Nederländerna är emellertid undantag när det gäller komplementära privata sjukvårdsförsäkringar för tjänster. I andra länder omfattar denna typ av

sjukvårdsförsäkringar sällan mer än en tredjedel av befolkningen och ofta mycket mindre än så (Sagan & Thomson, 2016a).

I länder med komplementära privata sjukvårdsförsäkringar som täcker egenavgifter är det globalt sett bara Kroatien och Slovenien som kommer i närheten av Frankrike när det gäller andel av befolkningen som omfattas (Sagan & Thomson, 2016a; Vončina & Rubil, 2018; WHO:s regionalkontor för Europa, 2019).

Att en så hög andel omfattas av den här typen av komplementära privata sjukvårdsförsäkringar kan förklaras på flera olika sätt:

- Privata sjukvårdsförsäkringar säljs av samma bolag som tillhandahåller allmänna försäkringar i Kroatien, Israel och Nederländerna. Detsamma gällde i Slovenien när marknaden först etablerades och man lyckades nå en stor del av befolkningen.
- De privata sjukvårdsförsäkringarna är lättillgängliga för alla tack vare fri anslutning i Frankrike, Israel, Kroatien, Nederländerna och Slovenien.
- Rimliga avgifter för privata sjukvårdsförsäkringar genom reglering av marknaden i Israel, Kroatien och Slovenien, och riktade skattesubventioner i Frankrike och Kroatien som gör privat sjukvårdsförsäkring gratis för de fattigaste hushållen.
- Privata sjukvårdsförsäkringar kopplas till anställning så att de blir obligatoriska för anställda (Frankrike) eller i praktiken omfattar nästan alla anställda (Kanada).

Privata sjukvårdsförsäkringar som fungerar som substitut är den enda form av sjukvårdsförsäkring som är tillgänglig för delar av befolkningen i Tyskland (personer över 55 år sedan 2000, personer över 65 år sedan 1994) och USA (personer under 65 år som lever över fattigdomsgränsen), samt i Nederländerna mellan 1986 och 2005 (rikare hushåll). Privata sjukvårdsförsäkringar har inte fullt ut kunnat åtgärda bristerna i det offentligt finansierade systemet i USA, inte ens efter antagandet av Affordable Care Act 2014. I Nederländerna och Tyskland har dock bristerna kunnat avhjälpas genom en omfattande och ökad reglering av den privata marknaden för sjukvårdsförsäkringar, inklusive fri anslutning, livslångt skydd, minimiförmåner och kontroll av försäkringspremier. Försäkringarna har även, så småningom, gjorts obligatoriska.

Även personer med privat sjukvårdsförsäkring kan uppleva att försäkringsskyddet brister. I Frankrike till exempel varierar kvaliteten på den privata sjukvårdsförsäkringen (i hur hög grad den täcker egenavgifterna i vården) beroende på socioekonomisk status, och personer med högre inkomst har ofta ett bättre skydd. Att kvaliteten på den privata sjukvårdsförsäkringen försämras med tiden har varit ett av de utmärkande dragen på vissa marknader. Det är särskilt tydligt i länder där sjukförsäkringssparkonton har införts (Sydafrika och USA), men det finns också

dokumenterat i Frankrike, Tyskland (genom ökat införande av självrisker för de privata sjukvårdsförsäkringarna) och Australien.

Ger privata sjukvårdsförsäkringar bättre tillgång till sjukvård?

I de länder som behandlas i boken, och även i andra länder, är frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar i princip alltid vanligare bland personer som är relativt välbärgade, har jobb, är bättre utbildade och bor i städer med tillgång till privata vårdgivare (Sagan & Thomson, 2016a). Bland de som inte har privata sjukvårdsförsäkringar hittar man ofta människor som hör till de mest utsatta grupperna – låginkomsttagare, äldre och människor med sämre hälsa.

Det är ett mönster som påverkar sjukvården negativt på tre olika sätt. För det första ökar den socioekonomiska ojämlikheten när det gäller tillgång till hälso- och sjukvård i många länder. I Brasilien hade till exempel mindre än 6 % av befolkningen i den lägsta inkomstkvaliteten en privat sjukvårdsförsäkring 2013, jämfört med cirka 65 % av befolkningen i den högsta kvaliteten (Diaz & Sarti, denna bok). För det andra leder det till att tillgången till hälso- och sjukvård inte fördelas efter behov, vilket gör att man får problem inte bara med effektivitet utan också med rättvisepincipen. Och för det tredje segmenterar den riskerna i hälso- och sjukvården, vilket beskrivs i ruta 1.3. Exempelen i ruta 1.3 visar att risksegmentering kan uppstå både på grund av systemets utformning och på grund av de privata försäkringsgivarnas riskurval.

Ruta 1.3

Utvalda exempel på risksegmentering i samband med privat sjukvårdsförsäkring

Den nationella sjukvårdsförsäkringen i **Tyskland** var till en början endast obligatorisk för arbetare, med motiveringen att anställda med högre inkomst inte behövde ett statligt organiserat försäkringsskydd. Senare fick även rikare personer möjlighet att ansluta sig till det nationella systemet. Om de valde att inte göra det kunde de i stället teckna en frivillig sjukvårdsförsäkring från ett privat försäkringsbolag. Möjligheten att välja en privat sjukvårdsförsäkring som substitut har avsiktligt begränsats till höginkomsttagare, vilket innebär att befolkningen segmenteras efter inkomst. De privat försäkrade är också generellt sett friskare än de som omfattas av det nationella systemet på grund av de privata försäkringsbolagens riskurval. Försäkringsgivarna kan basera premierna på individuell sjukdomsrisk och erbjuda försäkringstagarna lägre premier i utbyte mot högre egenavgifter i form av självrisker. Detta förstärker risksegmenteringen inom hela befolkningen och segmenterar även riskerna bland dem som har en privat sjukvårdsförsäkring. Med tiden blev de med privat sjukvårdsförsäkring äldre, deras hälsa försämrades och deras premier steg, delvis på grund av att de privata försäkringsbolagen gjorde en felaktig beräkning av livstidsrisken. En del av de äldre försökte återgå till det nationella systemet, vilket ökade det ekonomiska trycket på den offentligt finansierade vården. Den federala regeringen ingrep kraftigt på den privata sjukvårdsförsäkringsmarknaden 1994 och förbjöd alla som hade valt privat försäkring att återgå till det nationella systemet om de var över 65 år. År 2000 sänkte man åldersgränsen till 55 år och införde åtgärder för att säkra tillgängligheten och den ekonomiska tryggheten för personer som nu tvingades förlita sig på privat försäkring, bland annat ett tak för självriskbeloppen (Thomson & Mossialos, 2006).

- I **Frankrike** fungerar de privata sjukvårdsförsäkringarna som komplement för att täcka egenavgifterna inom den offentligt finansierade vården. Andelen med privat sjukvårdsförsäkring ökade stadigt efter 1945 och omfattade 86 % av befolkningen år 2000. För att åtgärda de socioekonomiska skillnaderna i tillgången till hälso- och sjukvård, som de privata sjukvårdsförsäkringarna gav upphov till, införde regeringen, år 2000, ett tillgodohavandesystem (CMU-C) för låginkomsttagare för att de skulle kunna teckna privata sjukvårdsförsäkringar. 2005 infördes subventioner (ACS) för dem som låg strax över tröskeln för CMU-C. Tack vare dessa åtgärder steg andelen med privat sjukvårdsförsäkring och omfattade över 90 % av befolkningen 2015. Ojämlig tillgång till privata sjukvårdsförsäkringar är dock fortfarande en utmaning, och ekonomiska hinder är det vanligaste skälet som människor anger för att de inte är försäkrade. Precis som i Tyskland segmenteras befolkningen på två sätt: dels genom att privata sjukvårdsförsäkringar är mer prisvärda för rikare hushåll, dels genom att subventioner för att köpa privata sjukvårdsförsäkringar endast gynnar de fattigaste hushållen. Kravet från 2016 på att alla arbetsgivare ska erbjuda sina anställda privata sjukvårdsförsäkringar kommer sannolikt att innebära ytterligare ett lager av segmentering. Syftet är att förbättra tillgången till gruppavtal, som är mer fördelaktiga än individuella avtal. Även om detta kan minska den ojämlika tillgången till privat sjukvårdsförsäkring bland anställda, kan det samtidigt öka ojämlikheten mellan de med anställning och andra grupper (studenter, pensionärer, arbetslösa och egenföretagare).

Utvecklingen av supplementära privata sjukvårdsförsäkringar i **Sydafrika** har lett till segmentering efter ras och inkomst. Före 1970-talet omfattade den privata sjukvårdsförsäkringen endast vita arbetstagare. Senare började den omfatta även andra, bland annat tack vare skattesubventioner för statsanställda. I dag ger privata sjukvårdsförsäkringar en relativt välbärgad minoritet (16 % av befolkningen) tillgång till privat vård, medan majoriteten (84 %) är beroende av den offentligt finansierade vården på allmänna vårdinrättningar. De privata sjukvårdsförsäkringarnas stora andel av utgifterna (cirka 43 % av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård) begränsar avsevärt möjligheterna till inkomst- och riskrelaterade korssubventioneringar inom sjukvården. Sjukförsäkringssparkonton, som infördes 1994, och som innehåller omkring 45 % av de med privata sjukvårdsförsäkringar, segmenterar riskerna på marknaden.

Källor: Sagan & Thomson (2016a); Ettelt & Roman-Urrestarazu, Couffinal & Franc, McIntyre & McLeod, McLeod & McIntyre, denna bok.

Kan privata sjukvårdsförsäkringar påverka sjukvårdens effektivitet och kvalitet vad beträffar organisation och utförande?

Utgångspunkten för denna fråga är att privata företag har större möjligheter än offentliga organ att påverka vissa aspekter av hälso- och sjukvården i en positiv riktning, på grund av de incitament som uppstår genom strävan efter vinst (eller marginaler) i en konkurrensutsatt miljö (Gilbert & Tang, 1995; Johnson, 1995; Chollet & Lewis, 1997). På sjukvårdsförsäkringsmarknaderna skulle detta uppnås genom strategisk upphandling av sjukvårdstjänster som i sin tur leder till ökad effektivitet och kvalitet inom vården, och genom insatser för att minimera de administrativa kostnaderna.

I praktiken har dock inte strävan efter effektivitetsvinster genom strategisk upphandling varit någon drivande kraft bakom de privata

sjukvårdsförsäkringsmarknaderna. Historiskt sett har sjukvårdsförsäkringar vanligtvis baserats på ett system för retrospektiv ersättning – det vill säga att människor erbjöds ersättning för vårdkostnader som de redan hade ådragit sig. Försäkringsbolagen var med andra ord inte direkt inblandade i själva upphandlingen. Marknaderna för privata sjukvårdsförsäkringar fortsatte ofta att arbeta efter denna modell även efter det att upphandlare inom det nationella sjukvårdsförsäkringssystemet övergick till att erbjuda direkta förmåner, antingen för att ge kunder som hade sjukvårdsförsäkringar som supplement eller substitut större möjligheter att välja vårdgivare, eller för att täcka de kostnader som inte omfattades av den nationella sjukvårdsförsäkringen i länder där de privata försäkringarna fungerade som komplement.

Därför har försäkringsbolagen på de flesta privata sjukvårdsförsäkringsmarknader, förutom i USA, inte ägnat sig åt upphandling av vårdtjänster. Bland de som har gjort det är det mycket få som har försökt påverka vårdgivarna genom selektiva avtal, prospektiva betalningssystem, resultatövervakning eller vertikal integration. Många har i stället värnat om sina marginaler genom riskurval, särskilt när de konkurrerar med den nationella sjukvårdsförsäkringen (som i Chile, Tyskland och Nederländerna före 1986), och genom att flytta över kostnaderna på hushållen genom egenavgifter, förmånstak, självrisker och sjukförsäkringssparkonton.

De uppgifter som finns tillgängliga tyder på att de administrativa kostnaderna nästan alltid är högre för privata sjukvårdsförsäkringar än för offentligt finansierade system (OECD, 2018; Sagan & Thomson, 2016a). Högre administrativa kostnader på den privata marknaden kan bero på den omfattande administration som krävs för att bedöma risker, fastställa premier, utforma produkter och granska ersättningsanspråk, samt den dubblering av arbetsuppgifter som krävs när man delar in försäkringskollektivet i riskgrupper.

Minskar den privata sjukvårdsförsäkringen skattetrycket och övrig belastning på sjukvården?

Privata sjukvårdsförsäkringar kan minska skattetrycket på vården om de omfattar en betydande del av befolkningen. Men om privata sjukvårdsförsäkringar samtidigt tar finansiella och andra resurser från de människor som behöver dem mest är det svårt att se att de kan innebära en verklig lättnad. Det som staten tjänar in, genom att man inte behöver betala för de tjänster som den privata sjukvårdsförsäkringen täcker, kan då ätas upp av en motsvarande försämring av den offentligt finansierade delen av sjukvården.

Erfarenheterna från länderna i denna bok visar hur privata sjukvårdsförsäkringar kan påverka omfattningen och fördelningen av offentliga resurser på olika sätt och därmed öka skattetrycket. Effekterna märks oftast mest i länder där privata

*Att de med
högre
inkomster inte
bidrar till det
offentligt
finansierade
systemet
förvärras av det
faktum att
offentliga medel
ska täcka de
grupper som
har en högre
genomsnittlig
sjukdomsrisk*

sjukvårdsförsäkringar fungerar som substitut eller där det finns en stor marknad för supplementära privata sjukvårdsförsäkringar för att få snabbare tillgång till hälso- och sjukvård och större möjligheter att välja vårdgivare.

Mindre pengar till det offentligt finansierade systemet: I Chile och Tyskland (och i Nederländerna före 2006) går det offentligt finansierade systemet miste om inkomstbaserade avgifter från de med inkomster över genomsnittet som väljer privat sjukvårdsförsäkring. I Tyskland beror det på att endast de med högre inkomst har möjlighet att välja och i Chile på att det oftast är rikare hushåll som väljer privat försäkring. Därför får de offentligt finansierade systemen i de båda länderna in mindre pengar per person än vad de skulle få om de omfattade hela befolkningen. Att de med högre inkomster inte bidrar till det offentligt finansierade systemet förvärras av det faktum att offentliga medel ska täcka de grupper som har en högre genomsnittlig sjukdomsrisk jämfört med de som omfattas av privat sjukvårdsförsäkring (ruta 1.3; Ettelt & Roman-Urrestarazu, denna bok; Maarse & Jeurissen, denna bok). I Nederländerna ledde detta till att regeringen införde en avgift för dem med privat sjukvårdsförsäkring, i syfte att

kompensera det offentligt finansierade systemet för de extra sjukvårdskostnaderna för äldre personer.

Öppna gränser mellan allmän och privat försäkring: I Tyskland ökade de privata sjukvårdsförsäkringspremierna snabbt för äldre personer under 1980-talet och början av 1990-talet (delvis på grund av felberäkningar från de privata försäkringsbolagens sida), vilket fick en del äldre och sjuka att förtidspensionera sig så att de kunde byta till allmän sjukvårdsförsäkring. Inflödet av äldre människor ökade skattetrycket i den offentliga vården och ledde till att regeringen förbjöd personer över 55 år att byta tillbaka till allmän sjukvårdsförsäkring om de tidigare tecknat en privat sjukvårdsförsäkring. Regeringen tvingades i sin tur införa en rad olika bestämmelser för att se till att de privata sjukvårdsförsäkringarna förblev tillgängliga till rimliga priser för dessa äldre personer, som nu inte hade något annat val än privat sjukvårdsförsäkring.

Nederländerna stod inför en liknande situation på 1970-talet och i början av 1980-talet. Där valde man att avskaffa möjligheten att välja mellan allmän och privat

försäkring 1986. De som hade högre inkomster uteslöts på så sätt från den allmänna försäkringen. Återigen krävdes det att regeringen ingrep kraftigt på marknaden för att säkerställa tillgänglighet och rimliga avgifter för dem som var beroende av privata sjukvårdsförsäkringar.

Öppna gränser mellan allmän och privat försäkring är även ett problem i Chile.

Personer med privat sjukvårdsförsäkring bidrar inte tillräckligt när de utnyttjar den offentligt finansierade vården: I Brasilien, Chile och Irland fortsätter en stor andel av de med privat sjukvårdsförsäkring att vända sig till den offentligt finansierade vården. Det är tillåtet enligt lag för personer med privat sjukvårdsförsäkring att utnyttja den offentliga sjukvården, men i Brasilien och Chile har det varit svårt att få ut den ersättning som privata försäkringsgivare ska betala till offentliga vårdinrättningar i dessa fall (Diaz & Sarti och Ettelt & Roman-Urrestarazu, denna bok). I Brasilien försöker man nu få till stånd en rättslig prövning i frågan. I Irland har privata försäkringsgivare aldrig behövt betala hela kostnaden för privat försäkrade patienters vårdplatser på allmänna sjukhus, även om denna brist har börjat åtgärdas (Turner & Smith, denna bok).

Flykt av vårdpersonal från offentliga till privata vårdgivare i länder där privata sjukvårdsförsäkringar gynnar efterfrågan på privat vård: I Kenya arbetar de allra flesta läkare på privata vårdinrättningar eller utomlands. I Sydafrika är antalet läkare per 100 000 invånare mer än fem gånger högre inom den privata sektorn än inom den offentliga sektorn (McIntyre & McLeod, denna bok). Denna kompetensflykt kan få stora konsekvenser för vårdkvaliteten på de offentliga vårdinrättningarna.

*Utan privata
sjukvårds-
försäkringar
skulle
efterfrågan på
privata vård-
inrättningar
minska
kraftigt*

Utan privata sjukvårdsförsäkringar skulle efterfrågan på privata vårdinrättningar minska kraftigt i båda länderna. Trots detta har en splittrad privat sjukvårdsförsäkringsmarknad inte lyckats påverka de privata vårdgivarnas villkor. Privata försäkringsbolag, som måste betala de mycket höga priser som tas ut av privata sjukhus i Sydafrika (Lorenzoni & Roubal, 2016), har i stället valt att lägga över kostnaderna på försäkringstagarna genom sjukförsäkringssparkonton – något som urholkar kvaliteten på den privata sjukvårdsförsäkringen och ökar splittringen.

De privata vårdinrättningarnas tillväxt och makt i Sydafrika, den obalans som därmed uppstår beträffande personalresurser och de kraftigt höjda priserna för sjukvård gör dessutom att staten kan anse att det blir för kostsamt att införa ett heltäckande nationellt sjukvårdsförsäkringssystem, som innebär att man måste köpa

tjänster från privata vårdinrättningar eller locka över personal till den offentliga vården (McIntyre & McLeod, denna bok).

Om incitamenten för vårdgivare inte anpassas leder det till längre väntetider i den offentligt finansierade vården: I länder som Tyskland, Irland och Israel har läkare som får arbeta i både den privata och offentliga sektorn starka ekonomiska incitament att prioritera patienter med privata sjukvårdsförsäkringar. De får till exempel mer betalt när de behandlar personer med privata sjukvårdsförsäkringar eller arbetar på privata vårdinrättningar – något som har lett till längre väntetider för patienter utan privat sjukvårdsförsäkring. Även om detta inte har varit ett stort problem i Tyskland, där väntetiderna inte är så långa, har det varit problematiskt i Irland (där väntetiderna är det främsta skälet till att köpa en supplementär privat sjukvårdsförsäkring) och i Israel.

Problemen i Irland beror på att nästan hälften av befolkningen har en supplementär privat sjukvårdsförsäkring, vilket är högt i internationell jämförelse. Den stora marknaden, som uppmuntras inte bara av långa väntetider för specialistvård utan också av omfattande skattesubventioner och (på senare tid) ekonomiska straffavgifter för dem som inte köper en privat sjukvårdsförsäkring före 35 års ålder, förvärrar ojämlikheten när det gäller att få tillgång till sjukvård i rätt tid.

Ogenomtänkta skattesubventioner för privata sjukvårdsförsäkringar: Skattetrycket i vården och den ojämlika tillgången till hälso- och sjukvård förstärks av ogenomtänkta skattesubventioner som uppmuntrar till privata sjukvårdsförsäkringar. Det gäller särskilt skattesubventioner som tillämpas på marginalsattesatser, som i Kanada, Irland före 1995 och USA, vilket innebär att människor får större subventioner ju mer de tjänar. De rikaste får alltså de högsta skattesubventionerna och de fattigaste kanske inte får några subventioner alls. Frankrike är det enda land i denna bok som har riktade skattesubventioner till fattiga som tecknar en frivillig privat sjukvårdsförsäkring.

Skattesubventioner har haft en extra tydlig effekt på tillgången till offentliga medel för hälso- och sjukvård i Brasilien och Sydafrika. Skattesubventioner för privata sjukvårdsförsäkringar uppgår till cirka 30 % av den federala regeringens utgifter för hälso- och sjukvård i Brasilien och cirka 30 % av alla statliga utgifter för hälso- och sjukvård i Sydafrika, trots att privata sjukvårdsförsäkringar endast täcker en liten del av befolkningen (24 % i Brasilien och 16 % i Sydafrika) och i stor utsträckning bara gynnar de rikaste grupperna i båda länderna.

I Australien och Irland har skattesubventioner för privata sjukvårdsförsäkringar också utgjort en betydande del av de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård. Analyser har visat att subventionerna inte bara slår ojämlikt. De har dessutom liten effekt när det gäller att minska belastningen på de allmänna sjukhusen och korta

vårdköerna för de utan privat försäkring (Hall, Fiebig & van Gool och Turner & Smith, denna bok).

Skattesubventioner har visat sig vara särskilt olämpliga på marknader där de privata sjukvårdsförsäkringarna fungerar som supplement. Skattesubventioner kan

uppmuntra tillväxten av sådana marknader, men gör också de negativa spridningseffekterna mer märkbara.

Slutligen leder marknaderna för privata sjukvårdsförsäkringar ofta till andra spridningseffekter, som kanske är mindre påtagliga eller mätbara än snedfördelningen av offentliga resurser, men som kan få stora och varaktiga konsekvenser, till exempel:

- Begränsad insyn och därmed ökade transaktionskostnader för myndigheter och människor som måste välja mellan flera olika alternativ. I Nederländerna ansågs parallella system med allmänna och privata försäkringar vara svårhanterat och övergavs så småningom, men Chile, Tyskland och USA har ännu inte lyckats övergå till ett enhetligt system som omfattar alla. I Egypten och Israel har en del hushåll tredubbla försäkringar.

- Betydande kapacitet och resurser går åt till att övervaka och reglera de privata aktörerna som ofta är motsträviga och stridslystna och ibland opålitliga. Statliga försök att reglera privata sjukvårdsförsäkringar har lett till rättsliga processer i många länder, bland annat Chile, Frankrike, Irland, Nederländerna, Tyskland och USA.
- Tid och energi går åt till att debattera frågor som inte skulle uppstå om det inte fanns starka privata intressen. En av de vanligaste är frågan om privata försäkringsbolag bör spela en roll när det gäller att tillhandahålla allmänna sjukvårdsförsäkringar, utöver de privata. Det har försvårat de politiska diskussionerna om att införa ett system som omfattar hela befolkningen i nästan alla länder i denna bok (senast i Chile, Egypten, Tyskland, Indien, Irland, Nederländerna, Sydafrika och USA) och även andra länder.

Internationella lärdomar

Länderna i den här boken uppvisar stora skillnader i de privata sjukvårdsförsäkringarnas funktion inom hälso- och sjukvården och i hur stora och välfungerande de olika marknaderna är. Trots denna mångfald är det möjligt att hitta

mönster som beslutsfattare kan dra lärdom av när de vill inrätta eller utvidga en marknad för privata sjukvårdsförsäkringar eller lösa problem i samband med privata sjukvårdsförsäkringar.

Privata sjukvårdsförsäkringar lever sällan upp till de förväntningar som beskrivs i början av detta kapitel. De påverkar ofta hälso- och sjukvården negativt, även när deras bidrag till sjukvårdsutgifterna är litet. Problemen med privata sjukvårdsförsäkringar är bland annat:

- Oförmåga att åtgärda brister i det offentligt finansierade systemets omfattning, och minska hushållens utgifter ur egen ficka, i de allra flesta länder i världen. Det visar på försäkringarnas begränsade möjligheter att trygga hälso- och sjukvårdens finansiering.
- Ojämlig tillgång till hälso- och sjukvård mellan personer med och utan privat sjukvårdsförsäkring samt bland dem som har en privat sjukvårdsförsäkring. Ojämligheten ser ut att bli tydligare och mindre acceptabel ju större marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar är.
- Avsaknad av incitament för privata försäkringsgivare att öka sjukvårdens effektivitet och kvalitet vad beträffar organisation och utförande i de flesta länder.
- En tendens till ökat skattetryck i vissa sammanhang, särskilt där gränserna mellan offentligt finansierade system och privata försäkringar inte är tydligt definierade eller upprätthållna och där incitamenten inte har anpassats för att främja all hälso- och sjukvård. Ekonomiska och mänskliga resurser kan därför försvinna från den offentligt finansierade vården till förmån för personer med privata sjukvårdsförsäkringar.
- Andra mindre uppenbara effekter, till exempel ökade transaktionskostnader på grund av begränsad insyn, den kapacitet och de resurser som läggs ner på att övervaka marknaden och den tid och energi som går åt till att diskutera frågor som inte skulle uppstå om det inte fanns någon privat sjukvårdsförsäkring.

Många av de problem som är förknippade med privata sjukvårdsförsäkringar beror på att beslutsfattare misslyckats med att se och hantera vad som i huvudsak är förutsägbara risker – förutsägbara eftersom de är tydligt beskrivna i den ekonomiska teorin om marknadsmisslyckanden inom sjukvårdsförsäkringssektorn. Historisk bakgrund och politiska intressen har också satt käppar i hjulet för att bedriva en effektiv politik, som hade kunnat säkerställa en adekvat övervakning av marknaden och mildra negativa spridningseffekter.

Med de lärdomar vi kan dra av internationella erfarenheter finns det i huvudsak två vägar att gå för beslutsfattare som vill säkerställa att privata sjukvårdsförsäkringar bidrar till att uppnå de uppsatta politiska målen:

- Bättre förståelse för hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar hälso- och sjukvården: Om man i förväg känner till förutsägbara risker och vilka problem som kan uppstå bör det leda till lägre förväntningar på vad privata sjukvårdsförsäkringar kan åstadkomma för hälso- och sjukvården.
- Bättre tillsyn över privata sjukvårdsförsäkringar: Det kräver att det finns en vilja och kapacitet att fastställa och upprätthålla tydliga gränser mellan offentligt finansierade system och privat sjukvårdsförsäkring, anpassa incitamenten så att de gynnar all hälso- och sjukvård, införa regler som ger ekonomisk trygghet och ett bra konsumentskydd samt noggrant övervaka marknaden.

Beslutsfattare kommer att tjäna på att redan från början förstå att en dåligt reglerad marknad bara kan förbättra hälso- och sjukvården i en mycket begränsad omfattning, att inse riskerna med nya aktörer och institutioner som kan vara svåra att styra och omöjliga att avveckla och att se när politiska beslut eller förslag baseras på historisk bakgrund och olika politiska intressen i stället för på verkliga erfarenheter och insikter. Den kanske mest anmärkningsvärda politiska strategin – att ge människor möjlighet att välja mellan allmän och privat försäkring – var till exempel inte resultatet av en önskan att främja valfrihet och konkurrens i Tyskland eller Nederländerna, utan byggde på historiska beslut som grundats på behov och omständigheter från en helt annan epok. I båda länderna har svårigheten att mildra de negativa effekterna förstärkts av olika aktörers intressen. Det märks i det starka och effektiva motståndet mot förändringar från vårdgivare, privata försäkringsbolag och personer med privata sjukvårdsförsäkringar. Chiles beslut att välja en politisk väg som redan orsakat problem på andra håll (och som snart skulle överges i Nederländerna) återspeglade också rådande politiska åsikter – en ideologisk tilltro till värdet av valfrihet och konkurrens.

Erfarenheterna från dessa och andra länder visar att det är svårt att åtgärda negativa effekter när de väl har börjat bli synliga. Även när det finns tydliga bevis för att den politik som förs skapar eller vidmakthåller ojämlikhet och ineffektivitet (t.ex. ogenomtänkta skattesubventioner eller incitament som uppmuntrar vårdgivare att prioritera personer med privata sjukvårdsförsäkringar) har vissa regeringar varit ovilliga att åtgärda problemen på grund av lobbying från privata försäkringsbolag och vårdgivare, eller av rädsla för att reta upp de relativt välbärgade och inflytelserika personer som sannolikt gynnas mest av privata sjukvårdsförsäkringar.

Slutligen är det viktigt att vara medveten om att de intressen som finns på marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar ofta har hindrat utbyggnaden av ett

offentligt finansierat system. Frågan om huruvida privata försäkringsbolag bör spela en roll i ett offentligt finansierat system har inte bara försvårat diskussionerna om att införa ett försäkringssystem som omfattar alla. Det har även bromsat ländernas utveckling mot detta mål.

Referenslista

- Abel-Smith B (1988). The rise and decline of the early HMOs: some international experiences. *Milbank Quarterly*, 66(4):694–719.
- Akerlof GA (1970). The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84(3):488–500. <http://doi.org/10.2307/1879431>.
- Barr N (1992). Economic theory and the welfare state: a survey and interpretation. *Journal of Economic Literature*, 30:741–803.
- Barr N (2004). *The economics of the welfare state*, 4 uppl. Oxford, Oxford University Press.
- Chollet D Lewis M (1997). *Private insurance: principles and practice. Innovations in health care financing: proceedings of a World Bank conference, March 10–11, 1997*, World Bank Discussion Paper No 365. G. J. Schieber. Washington DC, World Bank.
- Culyer AJ (1989). The normative economics of health care finance and provision. *Oxford Review of Economic Policy*, 5(1):34–58.
- Drechsler D, Jütting J (2005). *Private health insurance for the poor in developing countries?* OECD Development Centre, Policy Insights 11. Paris, OECD.
- Einav L, Finkelstein A (2018). Moral hazard in health insurance: what we know and how we know it. *Journal of the European Economic Association*, 16(4):957–82.
- Evans RG (1984). *Strained mercy: the economics of Canadian health care*. Toronto, Butterworths.
- Foubister T et al. (2006). *Private medical insurance in the United Kingdom*. Köpenhamn, World Health Organization.
- Gechert S (2010). Supplementary private health insurance in selected countries: lessons for EU governments? *CESifo Economic Studies* 56(3):444–64.
- Gilbert N, Tang KL (1995). *The United States. Private markets in health and welfare: an international perspective*. Oxford, Berg Publishers Limited.
- Hsiao WC (1995). Abnormal economics in the health sector. *Health Policy*, 32(1-3):125–39.
- Johnson N (1995). *Introduction. Private markets in health and welfare: an international perspective*. Oxford, Berg Publishers Limited.
- Jost TS (2000). Private or public approaches to insuring the uninsured: lessons from international experience with private insurance. *New York University Law Review* 76(2):419–92.
- Kornai J, Eggleston K (2001). *Welfare, choice and solidarity in transition*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Lorenzoni L, Roubal T (2016). *International comparison of South African private hospital price levels*. OECD Health Working Papers, No. 85. Paris, OECD Publishing, tillgänglig på: <https://doi.org/10.1787/5jrrxrzn24wl-en>.
- Maynard A, Dixon A (2002). Private health insurance and medical savings account: theory and experience. I: Mossialos E et al. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press.
- Mossialos E, Thomson S (2002). Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment. *International Journal of Health Services*, 32(1):19–88.
- Nyman JA (2004). Is 'moral hazard' inefficient? The policy implications of a new theory. *Health Affairs (Millwood)*, 2004;23(5):194–9.
- OECD (2004). *Private health insurance in OECD countries*. Paris, Organization for Economic Cooperation and Development.

OECD, Eurostat, WHO (2017). *A System of Health Accounts 2011: reviderad uppl.* Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development

OECD (2018). OECD iLibrary [onlinedatabas].

Preker A, Scheffler R, Bassett M (2007). *Private voluntary health insurance in development: friend or foe?* Washington DC, World Bank.

Rice T (2001). Individual autonomy and state involvement in health care. *J Medical Ethics*, 27(4):240–4.

Rice T (2003). *The economics of health reconsidered*, 2 uppl., Chicago, Health Administration Press.

Sagan A, Thomson S (2016a). *Voluntary health insurance in Europe: role and regulation.* Köpenhamn, European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory study series (43).

Sagan A, Thomson S (2016b). *Voluntary health insurance in Europe: country experience.* Köpenhamn, European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory study series (42).

Saltman RB, Busse R, Figueras J (2004). *Social health insurance systems in western Europe.* Maidenhead, Open University Press.

Schneider M editor (1995). *Complementary health schemes in the European Union, European Commission seminar*, Prien am Chiemsee, Bayern, 14–16 oktober 1992. Augsburg, BASYS.

Sekhri N, Savedoff W (2005). Private health insurance: implications for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(2):127–34.

Thomson S (2010). What role for voluntary health insurance? I: Kutzin J et al., red. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition.* Köpenhamn, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Policies and Systems.

Thomson S, Mossialos E (2006). Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands. *Journal of European Social Policy*, 16(4):315–27.

Thomson S, Mossialos E (2009). *Private health insurance in the European Union. Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.* Bryssel, Europeiska kommissionen.

Vončina L, Rubil I (2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Croatia. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe, tillgänglig på: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2018/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-croatia-2018>.

Wasem J, Greß S, Okma K (2004). The role of private health insurance in social health insurance countries. I: Saltman R et al., red. *Social health insurance systems in western Europe.* Maidenhead, Open University Press: 227–47.

WHO (2000). *The World Health Report 2000: health systems – improving performance.* Genève, World Health Organization.

WHO (2008). The Tallinn Charter: health systems for health and wealth, tillgänglig på: http://www.euro.who.int/document/HSM/6_hsc08_edoc06.pdf.

WHO (2010). World Health Report 2010 - Health systems financing: the path to universal coverage. Hämtad 13 maj 2011, tillgänglig på: <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>.

WHO (2018). Global health expenditure database (GHED) [onlinedatabas]. Geneva, WHO, tillgänglig på: <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>; hämtad 5 april 2016.

WHO (2019). Global Health Expenditure Database [onlinedatabas]. Genève, World Health Organization, tillgänglig på: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.

WHO Regional Office for Europe (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2019/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-europe-2019>

