

# Helsefinansiering i Nederland

## INNLEDNING

Det nederlandske helsesystemet ble reformert i 2006, og er nå basert på at alle må tegne private helseforsikringer, samtidig som det offentlige sørger for en utjevning av innbyggernes kostnader. Forsikringselskapet kan ikke lenger risikovurdere kunden, og premien er lik for alle.

Nederlands eksempel er en mulig tredje vei i helsepolitikken, der en forsøker å dra nytte av markedets positive egenskaper, samtidig som alle landets innbyggere dekkes.

Det nederlandske systemet preges nå av konkurranse. Forsikringselskapene er til en viss grad innbyggernes agenter. Som bestiller er de interessert i lavest mulig kostnader, og de har derfor begynt å utnytte konkurransen mellom leverandørene av helsetjenester til å forhandle ned prisene. Samtidig må de sørge for at både de selv som administrator og deres tjenesteleverandører gir kundene tjenester av god kvalitet til en rimelig pris. Makter de ikke det, mister de kunder. Dette står i kontrast til det norske offentlige systemet, der kunden ikke kan velge agent, og der agenten (staten) administrativt fastsetter prisen leverandøren får.

Nedenfor gjennomgås den nederlandske ordningen: bakgrunnen, hva den inneholder, hvilke resultater den har gitt og om den har noen relevans for norsk helsepolitikk.

## BAKGRUNN

Nederland har en politisk arv basert på religiøse, klassemessige og språklige skillelinjer (Hay & Menon 2007:83-85). Denne såkalte pillariseringen, *verzuiling*, har medført at hver enkelt religiøse, klasse- eller språkbaserte gruppe har hatt sine egne samfunn, med egne skoler, aviser, organisasjoner og radiokanaler.

Selv om dette ikke er like fremtredende i dagens Nederland, har det ført til et velferdssystem der en søker løsninger utenfor staten. Familie eller forsikringer er dominerende, i tråd med en konservativ eller korporativ velferdsmodell (Bale 2008).

Helsereformen mente å adressere følgende problemer: For liten omfordeling, gjennom at de med høyere inntekter ordnet seg selv i det private markedet; forskjellige reguleringer for offentlige og private helseforsikringer, som ga et komplisert og uoversiktlig system; og en omfattende offentlig innblanding som førte til ineffektivitet og innovasjonshindringer (Muiser 2007:10). Dette beskrives også av tankesmien Heritage Foundation som at tilbydere av helsetjenester "oppfylte budsjettet, og ble ikke stimulert til fleksibilitet, innovasjon eller entreprenørskap" (Lynch & Altenburg van der Broek 2010:3).

## ORGANISERING AV HELSESYSTEMET

Det nederlandske helsesystemet kan deles inn i tre deler, der det var del to som i hovedsak ble påvirket av 2006-reformen.

Den første delen består av en nasjonal helseforsikring for såkalte eksepsjonelle medisinske utgifter, og har vært og er fortsatt obligatorisk for alle innbyggerne (AWBZ). Dette dreier seg primært om langvarige kroniske plager, inkludert langtidspleie i eget hjem eller sykehjem (Klazinga 2008). Psykiske lidelser ble overført til del 2 i 2008. (OECD 2012:108).

Del tre er supplerende helseforsikring (VHI) og er markedsbasert og frivillig. Her dekkes blant annet tannhelse

---

---

for voksne, briller, fysioterapi og kosmetiske operasjoner. I 2011 hadde hele 89 prosent av befolkningen en slik tilleggsforsikring (Maarse 2011:1).

Dette notatet beskriver utelukkende endringene i del to, som før reformen var delt mellom frivillige private helseforsikringer og offentlig finansiering. De som tjente mindre enn et visst inntektsnivå, betalte en helsepremie og var dekket av det offentlige, uten valgfrihet. I 2005 var dette taket €33 000 for arbeidstakere og €21 050 for selvstendig næringsdrivende. For de med høyere inntekt var forsikringen frivillig. Før reformen var 37 prosent av befolkningen dekket av de private forsikringene, mens 63 prosent var dekket av den daværende offentlige ordningen.

Forsikringsselskapene hadde ingen plikt til å ta inn kunder og vurderte risiko i prisfastsettelsen. Det medførte at premiene varierte bl.a. med alder, kjønn og helsetilstand. Etter reformen har denne todelingen blitt erstattet av det WHO kaller en «sosial helseforsikring», som er obligatorisk for hele befolkningen (Muiser 2007:6). For å sikre at ingen unnlot å tegne forsikring, ble det innført en bot tilsvarende 130 prosent av forsikringspremien. Omkring én prosent av befolkningen mangler forsikring.

## STANDARISERT FORSIKRING

Standardpakken skal inneholde følgende:

- Medisinsk behandling, inkludert behandling fra allmennleger, spesialister og fødselsleger
- Sykehusbehandling
- Medisiner
- Tannhelse for personer under 18 år
- Oppfølging av gravide etter fødsel
- I noe begrenset grad fysioterapi, opptrening, logoped, ergoterapi og kostholdsråd

Selv om alle forsikringsselskapene må tilby samme dekning og kreve samme premie fra alle sine kunder, finnes det noen variasjonsmuligheter.

De som ønsker det, kan velge en dekning med høyere egenandeler enn standarden – fra €100 til 500 ekstra, mot avslag i premien. Forsikringsselskapene kan også tilby rabatt knyttet til tiltak for en sunnere livsstil (Daley & Gubb 2011).

Selskapene kan tilby to ulike former for dekning, enten en der forsikringsselskapet forestår betalingen direkte og kunden bare kan velge mellom tjenesteleverandører som har avtale med forsikringsselskapet, eller en der kunden selv velger leverandør og søker refusjon fra forsikringsselskapet. I det siste tilfelle kan det hende at kunden sitter igjen med en del av regningen, dersom han velger en særlig kostbar leverandør. Et flertall har den første typen poliser (Rivm 2010:217).

Loven åpner altså for at forsikringsselskapene kan styre hvem som skal utføre tjenestene, noe som er viktig dersom de skal kunne forhandle frem bedre betingelser (Maarse 2011:6). Muligheten er bare i begrenset grad utnyttet, slik at de fleste pasienter selv kan velge sykehus og spesialist ganske fritt (etter at fastlegen har utført sin portvokterrolle, se nedenfor). Men noen selskaper tilbyr poliser med begrensninger i valget av tjenesteleverandør, eller bortfall av egenandel dersom kunden velger tilbydere med avtale med selskapet.

Denne måten å redusere kostnader på – at kunden oppgir litt av sin valgfrihet i bytte med lavere premie, og at agenten (forsikringsselskapet) bruker dette som forhandlingskort, er kjent fra det amerikanske helsevesenet (PPO & HMO).

I 2010 var 64 prosent av alle nederlendere forsikret gjennom en gruppe (Ginneken m. fl. 2010:25). Dette kan gi en forsikringsrabatt på opptil 10 prosent. Det åpner blant annet for at arbeidsgivere, fagforeninger, idrettslag og pasientforeninger kan formidle forsikring for sine medlemmer.

## PREMIER OG KOSTNADSFORDELING

I 2011 var den gjennomsnittlige kostnaden for den obligatoriske forsikringspakken €1256 (Brabers 2012:31). I tillegg betaler arbeidsgiver en helsepremie på all inntekt opp til et visst tak. I 2011 utgjorde dette 7,75 prosent, maksimalt nesten €2600 (Maarse 2011:1). Selvstendig næringsdrivende betaler 5,65 prosent. Satsene er gradvis økt siden helsereformen ble iverksatt.

Disse inntektene brukes til subsidiering av dem med lav betalingsevne og til gratis dekning for alle under 18 år. Dette fungerer slik at de som har en så lav inntekt at den gjennomsnittlige helsepremien overstiger fem prosent av denne, får et tilskudd, opp til maksimalt €432 per person (Daley & Gubb). Omkring 2/3 av nederlenderne får slikt tilskudd (OECD 2012:105).

Midler fra forsikringspremien og helsepremien deles ut igjen til forsikringsselskapene via det sentrale Helseforsikringsfondet (CVZ), men slik at det tas høyde for sammensetningen av forsikringstakere. Et selskap som har mange kunder med høy risiko (alder, kjønn, helsetilstand etc.) vil derfor få mer tilbake enn andre selskaper med mindre risikoutsatte kunder. På denne måten sikrer man konkurranse om kundene basert på kvalitet og kostnadskontroll, men man tar vekk incentivet til å forsøke å skaffe seg lavrisiko-kunder.

Den årlige egenandelen var i 2008 €150, men er senere økt gradvis til €220 i 2012. I juni 2012 vedtok parlamentet å øke denne til €350 fra 2013, som en del av regjeringens generelle sparepolitikk. Besøk hos fastlegen er unntatt for egenandel.

## MARKEDSKONSENTRASJON OG KONKURRANSE

I 2011 hadde fire forsikringsselskaper en markedsandel på til sammen 91 prosent, der det minste av de fire hadde 13 prosent og det største hadde 32 prosent andel (OECD 2012:106). Herfindahl-Hirschman-indeksen (HHI) måler markedsandeler og konsentrasjon, og viser at konsentrasjonen har økt etter at reformen ble innført i 2006 og er betydelig høyere enn 2005-nivået. Dette skyldes en konsolidering i bransjen i kjølvannet av betydelige underskudd like etter at reformen ble innført.

Økt konsentrasjon betyr imidlertid ikke nødvendigvis mindre konkurranse og redusert effektivitet. For det første kan standardiseringen av polisene bidra til økt konkurranse, siden det blir lettere for kundene å sammenligne. Få aktører gir også muligheter for å utnytte skalafordele og dermed redusere administrasjonskostnadene (OECD 2012:106).

Foreløpig ser det ut til at konkurransen først og fremst dreier seg om pris (Ginneken m. fl. 2010:25, Brabers m. fl. 2012:32).

For det andre gir en konsentrasjon på agent-siden – forsikringsselskapene, større forhandlingsmakt i møte med tjenesteleverandørene (OECD 2012:106).

Konkurransen kan altså være tilstrekkelig effektiv i et marked med fire aktører av betydning, men det foreligger alltid en fare for at et så konsentrert marked kan utvikle seg til et oligopol med uformelt prissamarbeid eller markedsdeling.

Da reformen ble innført i 2006, byttet omkring 18 prosent forsikringsselskap, mens det i 2008-10 var snau fire prosent som gjorde dette (Maase 2011:3). Forsikringspremien varierer relativt lite, selv om forskjellene har økt i det siste. Differansen mellom dyreste og billigste dekning var i 2011 €276 (Brabers m.fl. 2012:31).

Det kan være en indikasjon på at markedet fungerer og presser prisene sammen for en temmelig standardisert forsikring. Eller det kan leses som at folk flest, etter stor interesse i en tidlig fase, mister interessen og faller tilbake til gammel vane. I 2011, da premiene økte betydelig og forskjellene mellom selskapene økte, var det igjen åtte prosent som byttet selskap, noe som peker mot en fungerende konkurransesituasjon

(Brabers m.fl. 2012:31). En viktig grunn til økte premier var at selskapene i de første årene hadde priset forsikringene aggressivt for å vinne markedsandeler, og derfor tapt penger (OECD 2012:105). Prisutviklingen for forsikringspremiene er vanskelig å måle over tid på grunn av endringer i hva basispakken skal inneholde.

En annen faktor som kan påvirke byttefrekvens, er manglende informasjon om forskjellene. Nettsiden Kiesbeter.nl er statens verktøy for å informere befolkningen om hvilke forsikringer som er tilgjengelige i de forskjellige regionene, om ventetid og kvalitet (Ginneken m.fl. 2010:25). Det nederlandske konkurransetilsynet har tidligere kritisert nettsiden for å opplyse for dårlig om forsikringspremier, innholdet i forsikringene og andre tjenester som tilbys.

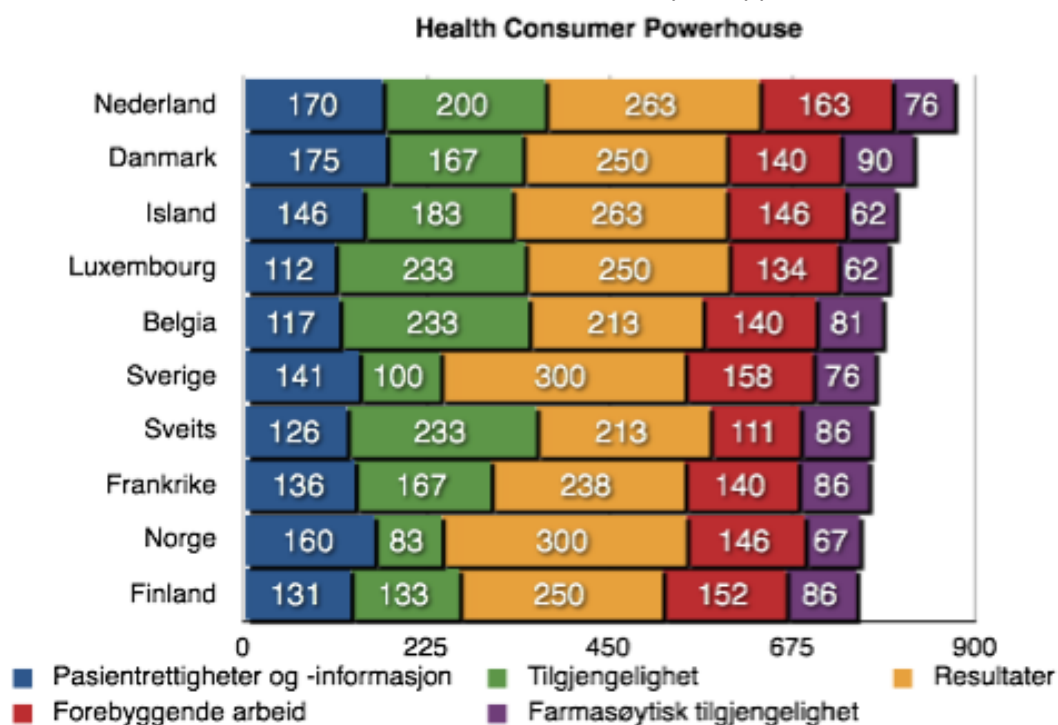
Det er en utfordring i alle helsemarkeder å dyrke frem kunder som kan vurdere kvaliteten på sluttproduktet, nemlig det helsestellet de får. Her trengs det mer og bedre sammenlignbar informasjon. Dessuten vil kundene selv vinne erfaring etter hvert som det nye systemet blir mer innarbeidet, og forsikringselskaperens rykte kan i økende grad knyttes til hva slags opplevelse kunden har, ikke bare når det gjelder forsikringsoppgjør, men også som pasient.

Myndighetene vil hindre vertikal integrasjon mellom forsikringselskaper og tjenesteleverandører, noe OECD (2012:114) er kritisk til, siden en slik integrasjon kan redusere informasjonsasymmetri og dermed øke effektiviteten, noe som må veies mot faren for redusert konkurranse.

### KVALITETEN FRA ET PASIENTSYNSPUNKT

Health Consumer Powerhouse rangerer europeiske stater innenfor fem hovedkategorier og totalt 41 underkategorier, fra rettigheter til resultat, fra ventetid til tilgjengelighet. Indeksen er ment å måle kvaliteten ved systemet sett fra pasientens side, men tar ikke hensyn til samlede kostnader. Nederland toppet listen i 2012 med 872 poeng. Norge endte på 9. plass med 756 poeng, og trekkes spesielt ned for ventetid (Björnberg 2012:15).

Nederland lå som nr. 1 eller 2 også i 2005 og 2006, slik at landet hadde et godt helsevesen også før reformen i 2006, slik det her måles. Men landets skåre har økt hvert år deretter, og forspranget til de andre landene har også økt. Siden undersøkelsens start har det ikke blitt målt høyere oppnåelse enn Nederlands 2012-nivå.



Det er verdt å bemerke at Nederland bare vinner en av hovedkategoriene, nemlig omfanget av helsetjenester, (også kalt systemets "sjenerøsitet"). Nederland kommer samlet sett best ut på grunn av få svake punkter.

Trekkes hovedkategorien «tilgjengelighet» ut, som handler om ventetider, får Norge 683 poeng, mens Nederland får 672 poeng. I de andre kategoriene er altså Norge og Nederland jevnvode.

Norge gjør det spesielt bra i kategorien «outcomes», altså resultater. Sammen med Sverige får Norge 300 poeng, som er det meste som kan gis i denne kategorien. Underkategoriene her er blant andre dødsrate på hjerteinfarkt og kreft, spedbarnsdødelighet, depresjoner og keisersnitt. Full skåre her illustrerer en svakhet ved denne undersøkelsen: Den opererer med bare tre karakterer pr. kategori – god, middels og dårlig.

En utbredt kritikk mot private innslag i helsevesenet, er den såkalte «stoppeklokkeomsorgen». Forskjellen mellom oppfatningen av norsk og nederlandsk helsevesen er på dette området stor.

Nederlandske pasienter mener, i større grad enn norske pasienter, at deres lege bruker nok tid på dem og at de blir oppfordret til å stille spørsmål og får ting forklart på en måte som er enkel å forstå (Schoen & Osborn 2011). Den samme undersøkelsen viser at 67 prosent av nederlandske pasienter mener at spesialister lar dem være med på beslutningsprosessen, mot 47 prosent i Norge.

Pasienttilfredsheten måles regelmessig på nederlandske sykehus, og fra 2009 er de fleste sykehusene med i denne undersøkelsen, der en rekke kriterier anvendes. Kvaliteten uttrykkes i en forbrukertilfredshetsindeks. I mars 2012 ble en forskningsartikkel som viser utviklingen fra 2006 til 2009 publisert (Ikkersheim & Koolman 2012). I gjennomsnitt var forbedringen mellom 0,034 og 0,06 poeng på en skala fra 1-4. Ikke så mye, men tross alt en forbedring. Sykehus som ble tvunget til å publisere resultatene viste en ytterligere forbedring, og de som var utsatt for konkurranse i sitt nærmiljø bedret seg enda mer. Forskerne konkluderer slik:

Moreover, we believe that current levels of competition are weak and our effects are likely to become stronger as competition increases.

Helsemyndighetenes statusrapport fra 2010 fant ingen målbare endringer i kvaliteten, men minnet om at reformen hadde virket i kort tid, og at den hadde gitt økt valgfrihet (Rivm 2010:211-12).

I tillegg til kvalitetsovervåkingen hos forsikringsselskapene og leverandørene, har Nederland også sitt offentlige Helsetilsyn (IGZ). Myndighetene arbeider også med å etablere et eget institutt som skal måle og følge opp kvaliteten.

## **TILGJENGELIGHET OG VENTELISTER**

Et av de mest brukte argumentene for en hel-offentlig løsning er ønsket om lik tilgang til nødvendige helsetjenester. Pasienter skal ikke nektes behandling fordi det er for dyrt eller på andre måter utilgjengelig. Men offentlige systemer innebærer også ofte begrensninger i tilgangen gjennom ventelister.

I rapporten fra Commonwealth Fund International (Schoen & Osborn 2011) fremkommer det minimale forskjeller mellom Norge og Nederland i kostnadsrelatert tilgang. I Nederland var det syv prosent som ikke oppsøkte lege ved sykdom, mens det i Norge var åtte prosent. Motsatte tall finner en for antallet som ikke møtte til tester, behandling eller oppfølging: åtte prosent for Nederland og syv prosent for Norge.

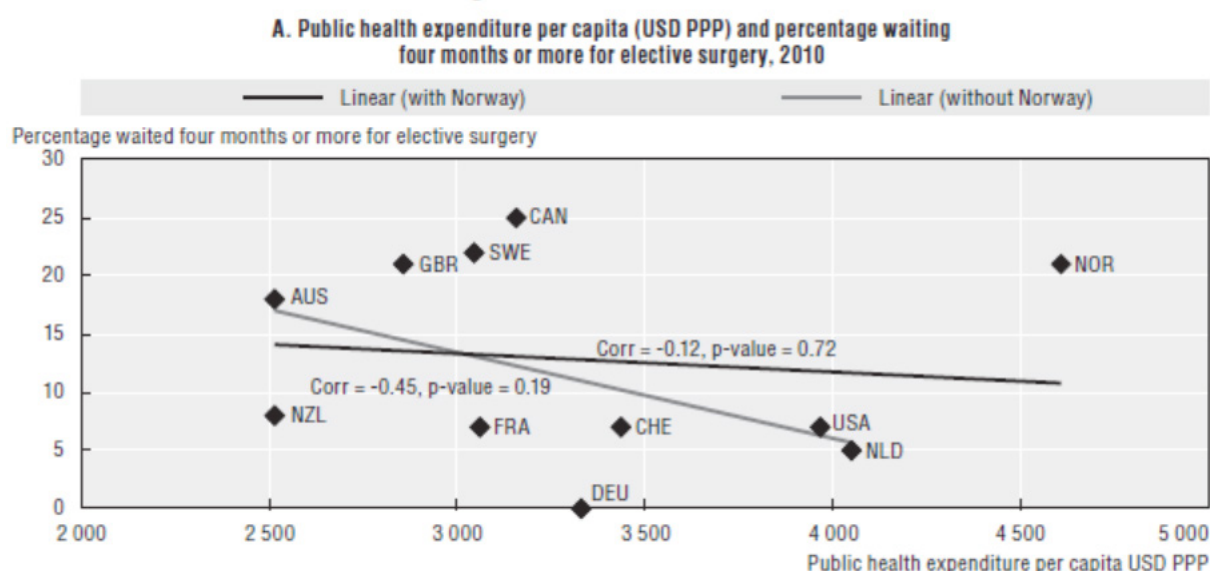
I Nederland fikk 70 prosent av pasientene legetime på dagen eller dagen etter, mens dette gjaldt for 59 prosent i Norge. Norge havnet på bunnen blant de 11 undersøkte landene når det gjelder ventetid for å slippe til hos en spesialist. 47 prosent av norske pasienter venter mindre enn en måned på spesialist, mens i Nederland er det hele 81 prosent.

Nederlandske helsemyndigheter la i 2010 frem en statusrapport for helsesektoren. Den viser blant annet at ventetiden for de fleste prosedyrer, både polikliniske og øvrige, gikk ned fra 2006 til 2009 (Rivm 2010: 125-26). Tallene er imidlertid ikke helt sammenlignbare over tid.

Statusrapporten (Rivm 2010: 160) oppgir en volumøkning på drøye tre prosent årlig i perioden 2006-2008, både for sykehus og allmennleger (men volumøkningen for sykehusenes del var enda høyere i årene før reformen).

OECD publiserte i februar 2013 en undersøkelse av ventelister i medlemslandene (Siciliani m.fl. 2013). I figuren som gjengis nedenfor er det slående hvordan Norge skiller seg fra de øvrige ti landene. Uten Norge er det en klar negativ korrelasjon mellom offentlige utgifter og andelen pasienter som må vente mer enn fire måneder på elektive operasjoner. De som bruker mer, har altså i gjennomsnitt kortere ventetid. Når Norge tas inn, blir korrelasjonen svak. Norge skiller seg altså ut med å kombinere høye kostnader og lange ventetider. Nederland har blant de korteste ventetidene.

**Figure 1.5. Relationship between long waiting times and health expenditure, hospital beds and doctors**



Forfatterne oppsummerer i delkapitlet om Nederland (s. 183) hvordan reformer fra 2000, altså ikke bare de som omfattes av dette notatet, delvis var motivert av å redusere køer, men at dette ikke lenger er noe viktig hensyn, siden reformene har nådd målet:

Over the years 2000-11 policies included a change from fixed budgets to activity-based funding, for both hospitals and specialists, and increased competition among hospitals. All together these measures resulted in a strong reduction of waiting times. In 2011, mean expected waiting times for almost all surgical procedures were below five weeks, which is well under the generally agreed norm of 6-7 weeks. Waiting lists are thus no longer an important policy concern.

Når sykehusene gjør mer, kan det skyldes både økt etterspørsel og reduksjon av ventelister. For mental helse har etterspørselen økt enda mer enn volumet, slik at ventelistene også har økt på dette området.

### KONKURRANSE BLANT TJENESTELEVERANDØRENE

Akkurat som i Norge må alle nederlendere knytte seg til en allmennlege–fastlege-, som fungerer som portvokter for spesialisthelsetjenesten og sykehusene. De betales av forsikringselskapene med en kombinasjon av fast pris pr. pasient på listene og en refusjon pr. pasientbesøk, lignende det norske systemet, samt for en rekke



tilleggstjenester (Maarse 2011:7). Disse satsene er like for alle og fastsatt gjennom forhandlinger mellom legeföreningen, forsikringsselskapenes forening og helsedepartementet (Ginneken m. fl. 2010:25). Direkte forhandlinger mellom forsikringsselskapet og allmennlegen er imidlertid tillatt.

Både allmennlegene og spesialistene økte sine inntekter kraftig etter helsereformen (OECD 2012:110)<sup>1</sup>. Noen forsikringsselskaper, som Menzis, har opprettet egne klinikker med primærleger for sine kunder, for å få ned kostnadene (Schoen & Osborn 2011:6).

Mer enn 90 prosent av nederlandske sykehus drives på non-profit-basis, og de fleste spesialister er tilknyttet sykehusene og organisert som selvstendig næringsdrivende. Etter reformen har etablerte sykehus fått konkurranse fra nyetablerte mindre klinikker. Disse priser sine tjenester lavere, og bidrar dermed til konkurransen. Foreløpig er det ikke tillatt med for-profit-sykehus, men den forrige nederlandske regjeringen åpnet for dette, selv om rammene ikke er fastlagt (Maarse 2011:9).

Før reformen var betalingssatsene til sykehusene og spesialistene fastsatt av staten, og forsikringsselskapene kunne ikke ekskludere noen tjenesteleverandører. Nå er dette endret, slik at selskapene kan forhandle pris med leverandørene for et økende antall prosedyrer (Segment B). I 2006 gjaldt dette bare syv prosent av sykehusenes inntekter, men andelen økte til 34 prosent i 2009 (Ikkersheim & Koolman 2012) og 70 prosent i 2012 (Siciliani m. fl. 2013:185).

Prisene har økt 1-2 prosent mer årlig i den delen der de fastsettes administrativt (Segment A) enn i den delen der de fastsettes i markedet. I perioden 2006-09 falt realprisene i dette markedssegmentet med til sammen snau 2 prosent, og ytterligere 3,3 prosent i 2010 (OECD 2012:109).

Som tidligere nevnt benytter forsikringsselskapene seg fremdeles i liten grad av mulighetene til å styre sine kunder til bestemte tjenesteleverandører. Dersom dette ble vanligere, ville det skjerpe konkurransen mellom leverandørene.

Prisingen er basert på Diagnose-Behandlings-Kombinasjoner (DBC), som ligner på Diagnose-Relaterte-Grupper (DRG) som anvendes for kostnadsstyring i det norske helsevesenet. Fra 2012 er DBC-systemet forenklet og kalles DOT. Antallet diagnoser som skal prises er redusert fra om lag 30.000 til 4.400 (OECD 2012:115). Dette vil gjøre det lettere å forhandle pris.

Forskjellen er altså at mens DRG-satsen, som ligger til grunn for en del av sykehusenes inntekter, i Norge er administrativt fastsatt, settes prisen i Nederland i økende grad basert på markedsforhold og forhandlinger.

## **SAMLEDE KOSTNADER**

Utgifter til helse sto i 2010 ifølge OECD for 12 prosent av Nederlands brutto nasjonalprodukt, mens andelen i Norge lå på 9,4 prosent. De kjøpekraftjusterte tallene per innbygger viser likevel at Norge bruker mer enn Nederland, med \$5 388 mot \$5 056.

OECDs tall må brukes med forsiktighet, da de ulike land definerer helsesektoren ulikt, spesielt i forhold til hva som inkluderes av eldreomsorgstjenester. Nederland lå frem til 2008 omtrent på gjennomsnittet i OECDs oversikter, men gikk så plutselig opp til andreplass i 2009, etter USA. Det skyldes en slik definisjonsendring i forhold til langtidspleie (Mosca 2012:8). Vi kan likevel slå fast at både det norske og nederlandske systemet er blant de mest kostbare i verden.

Mellom 2002 og 2005 økte helseutgiftene med 16 prosent, mens de i tilsvarende periode etter helsereformen, 2006-2009, økte med 19,4 prosent (Maarse 2011:4). I 2010 hadde vekstraten falt til 2,5 prosent (Siciliani m.fl. 2013:187). Går man lenger tilbake i tid, var de årlige vekstratene høyere.

Det er verdt å merke seg at selv om samlede kostnader har økt, viser OECD (2012:107) til forskning som konkluderer med at sykehusenes produktivitet er økt med 15 prosent siden 2003, og personalets produktivitet med hele 35 prosent. Som vi har sett ovenfor har kostnadene for en gitt sykehustjeneste falt med omkring fem prosent i den delen som er markedsstyrt i perioden 2006-10. Kostnadene til medisiner er også falt betydelig, etter at forsikringsselskapene fikk anledning til å dekke bare generiske, billigere medisiner, og til å kjøpe inn dyre og mye brukte medisiner etter anbud (OECD 2012:113).

Fra 2012 har myndighetene, for å få kontroll med økte utgifter, innført et tak på økningen i realutgiftene til sykehussektoren på 2,5 prosent årlig (Siciliani m.lf. 2013:195). Dette vil lett kunne føre til at nedgangen i ventetiden stanser eller reverseres. Taket illustrerer et dilemma, nemlig at det er umulig å ha både et etterspørselsdrevet helsevesen og strikt kontroll på utgiftsnivået. Egenandelene er for små til å virke reelt bremsende på etterspørselen, og portvokterfunksjonen til fastlegene er ikke stram nok når statsfinansielle hensyn tilsier innstramning.

Konkurransen mellom tjenestetilbyderne er ikke ferdig utviklet enda. Det er derfor mulig at markeds-mekanismene kan bidra til enda sterkere kostnadskontroll fremover, samtidig som man beholder den høye brukertilfredsheten. Men man kommer ikke unna at økt volum og kortere ventelister vil koste penger. Borgerne har fått synliggjort denne avveiningen, ved at både forsikringspremien, egenandelen og helsetrygdepremien er økt i realverdi de senere år.

En ordning med private helseforsikringer, der innbyggerne betaler premien direkte, gjør at de merker utgiftsøkninger fra år til år, mens en i et skattefinansiert system ikke nødvendigvis gjør det. Selv om pasientene har liten økonomisk grunn til å redusere *sin egen* etterspørsel etter helsetjenester, kan dette gi større forståelse for nødvendigheten av kostnadskontroll innen denne sektoren.

## **NEDERLAND OG NORGE**

Historisk sett har Norge og Nederland to svært ulike innretninger på velferdsstaten. Nederlands helsereform beholdt det sterke private innslaget, samtidig som utjevningsprofilen ble forsterket, og er dermed et steg i retning den norske. Hvis helsekøene i Norge fortsetter å være lange, kan det føre til flere private helseforsikringer i Norge, noe som av mange ses på som en uthuling av det offentlige tilbudet. Går dette langt nok, nærmer Norge seg den gamle nederlandske ordningen, der befolkningen over et visst inntektsnivå sørger for sin egen helseforsikring, mens de med lavere inntekter benytter den offentlige helsetjenesten.

FAFO har kartlagt utviklingen i antall helseforsikringer i Norden. I Norge anslo FAFO at det var nærmere 200 000 private helseforsikringer, et tall som representerer nært opptil en tidobling fra 2000 til 2009 (Berge & Hyggen 2010).

Ikke bare historien, men også geografi og befolkningskonsentrasjon, skiller Nederland fra Norge. Det er sjelden mulig å overføre erfaringer fra et lands helsesystem direkte til et annet, heller ikke her. Men Nederlands reformer kan inspirere Norge fordi nederlenderne, uten å bruke mer ressurser enn oss, har et helsevesen som gir bedre kvalitet og brukertilfredshet enn det norske, samtidig som de ivaretar tilgangen til helsetjenester uavhengig av lommebok og helsetilstand.

Mens Norge har et tilnærmet heloffentlig system der markedsliknende mekanismer i begrenset grad anvendes for å fremme effektivitet gjennom DRG-systemet, har Nederland gått mye lenger i retning styrt konkurranse. De foreløpige resultatene av den økte markedsorienteringen er lovende, men potensialet for konkurranse er langt større.



Særlig på disse områdene bør norske politikere se nærmere på det nederlandske systemet:

- Hvordan kan brukertilfredsheten heves til nederlandsk nivå?
- Hvordan kan konkurranse mellom sykehus og andre tilbydere, eller en endring i det norske DRG-systemet, bidra til lavere kostnader, slik det har skjedd innenfor Segment B i Nederland?
- Kan en annen form for helsefinansiering – forsikring og/eller egen helsepremie, kanskje kombinert med økte egenandeler, bidra til å gjøre befolkningen kostnadsbevisst, og ikke ensidig kreve økte helseutgifter?

## SLUTTNOTER

<sup>1</sup>Sommeren 2012 la myndighetene sterkt press på legeforeningen for å oppnå innsparinger. Resultatet ble at satsene for 2013 ble økt med 2,5 prosent, men legene forpliktet seg til å sørge for innsparing på legemiddelsiden ved å forskrive billigere, generiske medisiner.

## FORFATTER:

*Notatet er skrevet av tidligere stipendiat i Civita Morten Myksvoll og skribent i Minerva Jan Arild Snoen.*

## LITTERATUR

Hay, Canan & Anand Menon (2007): *European Politics*. London: Oxford University Press.

Bale, Tim (2008): *European Politics, a Comparative Introduction*. New York: Palgrave MacMillan

Berge, Øyvind M. & Christer Hyggen (2010): "Framveksten av private helseforsikringer i Norden". FAFO-notat 2010:11. Oslo: FAFO

Björnberg, Arne (2012): *Euro Health Consumer Index 2012 Report*. Health Consumer Powerhouse.

Brabers, Anne E.M., Margreet Reitsma-van Rooijen & Judith D. de Jong (2012): "The Dutch Health Insurance System: Mostly Competition on Price Rather than Quality of Care." *Eurohealth*, Vol. 18. No. 1.

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/162959/Eurohealth\\_Vol-18\\_No-1\\_web.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/162959/Eurohealth_Vol-18_No-1_web.pdf)

Commonwealth Fund (2012): *International Profiles of Health Care Systems, 2012*. The Commonwealth Fund.

[http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fundprosent20Report/2012/Nov/1645\\_Squires\\_intl\\_profiles\\_hlt\\_care\\_systems\\_2012.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fundprosent20Report/2012/Nov/1645_Squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf)

Daley, Claire & James Gubb (2011): *Health Care Systems: The Netherlands*. Civitas.

<http://www.civitas.org.uk/nhs/download/netherlands.pdf>

Ginneken, Ewout van, Willemijn Schäfer & Madelon Kroneman (2010): "Managed competition in the Netherlands: an example for others?" *Eurohealth*, Vol. 16. No. 4. <http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/Vol16No4/vanGinneken.pdf>

Ikkersheim, David E. & Xander Koolman (2012): *Dutch Healthcare Reform: Did it Result in Better Patient Experiences in Hospitals? A Comparison of the Consumer Quality Index over time?* BMC Health Services Research, 25. March 2012.

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/76>

Klazinga, Niek (2008): *The Dutch Health Care System*. Commonwealth Fund.

[http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008Healthprosent20Careprosent20Systemprosent20Profiles/Netherlands\\_Country\\_Profile\\_2008prosent20pdf.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008Healthprosent20Careprosent20Systemprosent20Profiles/Netherlands_Country_Profile_2008prosent20pdf.pdf)

Lynch, Ryan & Altenburg-van den Broek, Eline (2010): *The Drawbacks of Dutch-style Health Care Rules: Lessons for Americans*. Washington, DC: The Heritage Foundation.

Maarse, Hans (2011): *Dutch health care reform at the crossroads*. University of Maastricht, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences (HFML), Department of Health Services Research (HSR), School for Public Health and Primary Care (CAPHRI).

<http://healthcarecostmonitor.thehastingscenter.org/files/2011/06/Maarse-Dutch-health-care-reform-at-the-crossroads-long-version1.pdf>

Mosca, Illaria (2012): "Evaluating Reforms in the Netherlands' Competitive Health Insurance System". *Eurohealth*, Vol. 18, No. 3.

Muiser, Jorine (2007): "The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing". Discussion paper number 3, 2007 Geneva: World Health Organization.

OECD (2012): *OECD Economic Surveys: Netherlands, June 2012*.

[http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/economics/oecd-economic-surveys-netherlands-2012\\_eco\\_surveys-nld-2012-en](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/economics/oecd-economic-surveys-netherlands-2012_eco_surveys-nld-2012-en)

Rivm (2010): *Dutch Health Care Performance Report 2010*. National Institute for Health and the Environment, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Netherlands.

[http://www.gezondheidszorgbalans.nl/object\\_binary/o10229\\_DHCPR-2010prosent28defprosent29prosent5B1prosent5D.pdf](http://www.gezondheidszorgbalans.nl/object_binary/o10229_DHCPR-2010prosent28defprosent29prosent5B1prosent5D.pdf)

Schoen, Cathy & Robin Osborn (2011): "Health Policy Survey of Sicker Adults in Eleven Countries." Presentasjon november 2011. Commonwealth Fund International. [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Inprosent20theprocent20Literature/2011/Nov/IHPprosent20Survey/PDF\\_Schoen\\_2011\\_survey\\_ARTICLE\\_chartpack.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Inprosent20theprocent20Literature/2011/Nov/IHPprosent20Survey/PDF_Schoen_2011_survey_ARTICLE_chartpack.pdf)

Siciliani, Luigi, Michael Borowitz & Valerie Moran (2013): *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies.