

Vad kan Sverige lära av Nederländerna och Schweiz?



Seminarium 26 september 2017

Forum för Health Policy

Sammanfattning

Sverige har en vård i världsklass men en bristande tillgänglighet, koordinering och patientinvolvering skapar onödigt lidande och kostnader. Kunskap och erfarenhet från andra länder och andra system skapar motivation för utveckling och lärande. Varför är tillgängligheten bättre i andra länder? Varför brister patientinvolveringen i Sverige? Det finns inga entydiga svar utan ett flertal olika faktorer spelar in. Nederländerna och Schweiz är intressanta länder att studera mer på djupet. Vi behöver också bli bättre på att sprida egna goda exempel i Sverige. Tydligt är att det finns flera förbättringsområden för den svenska vården, gällande patientinformation, koordination, tillgänglighet och produktivitet. Jämförelserna väcker också frågan om vilken roll primärvården, digitaliseringen och konkurrens spelar i utvecklingen av den framtida hälso- och sjukvården.

Innehållsförteckning

Inledning	4
Deltagare seminarium 26/9	5
Kvalitet i vården - en internationell jämförelse	6
Det schweiziska vårdssystemet - särdrag och utmaningar	11
Det nederländska vårdssystemet - särdrag och utmaningar	13
Diskussion	15
English summary	18
Sammanfattning	19

Inledning

Den 26 september 2017 arrangerade Forum för Health Policy en workshop i samarbete med ambassaderna och handelskamrarna för Schweiz och Nederländerna, med syftet att stimulera diskussion och lärande.

Schweiz och Nederländerna är två länder i Europa som har helt olika sjukvårdssystem jämfört med Sverige. Samtidigt toppar de tre länderna ofta olika rankinglistor med resultat från hälso- och sjukvården. Bland deltagarna medverkade bland andra Professor Nikola Biller-Andorno från Zürich University och Professor Patrick Jeurissen, Radboud University i Nederländerna. Ambassadörerna Ines Coppoolse, Nederländerna, och Christian Schoenenberger, Schweiz, hälsade välkommen. Peter Graf, ordförande för Forum för Health Policy sammanfattade seminariet. Moderator var Catharina Barkman, projektledare, Forum för Health Policy.



Deltagare seminarium

Vad kan Sverige lära av Nederländerna och Schweiz?

26 september 2017

Inledning:

Ambassadör **Ines Coppoolse**, Nederländerna

Ambassadör **Christian Schoenenberger**, Schweiz

Huvudtalare:

Professor Nikola Biller-Andorno, Zürich University, Schweiz

”The Swiss health care system – features and current challenges?”

Professor Patrick Jeurissen, Radboud University, Nederländerna

”The Dutch health care system – features and current challenges?”

Anders Morin, vice ordförande Forum för Health Policy

”Quality in health care”

Panel:

Melvin Samsom, sjukhusdirektör Karolinska universitetssjukhuset

Fredrik Lennartsson, generaldirektör Myndigheten för vård och omsorgsanalys

Clas Rehnberg, forskare Karolinska Institutet

Cecilia Widegren, Socialutskottet i riksdagen (M)

Summering:

Peter Graf, ordförande Forum för Health Policy

Moderator:

Catharina Barkman, projektledare Forum för Health Policy

Kvalitet i vården - en internationell jämförelse

Anders Morin, vice ordförande för Forum för Health Policy, presenterade hälso- och sjukvårdens resultat för de olika länderna avseende bl.a. tillgänglighet, patient-involvering, patientsäkerhet och kostnader. Detta utgjorde en bakgrund till seminariets senare beskrivningar av de olika ländernas vårdssystem.

University of Washington har gjort en ranking över vilka länder som uppvisar bäst resultat när det gäller behandling av 30 sjukdomar/diagnoser och med avseende på förebyggande av för tidig död. Andorra kom på första plats, tätt följt av Island, Schweiz och därefter flera länder på samma plats, bland dem Sverige och Nederländerna. Studien inkluderade inte vård av äldre över 75 år.

Plats	Land	Poäng
1	Andorra	95
2	Island	94
3	Schweiz	92
4	Sverige	90
5	Norge	90
6	Australien	90
7	Finland	90
8	Spanien	90
9	Nederländerna	90
11	Japan	
15	Frankrike	
30	USA	

Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories 1990–2015, University of Washington 2017

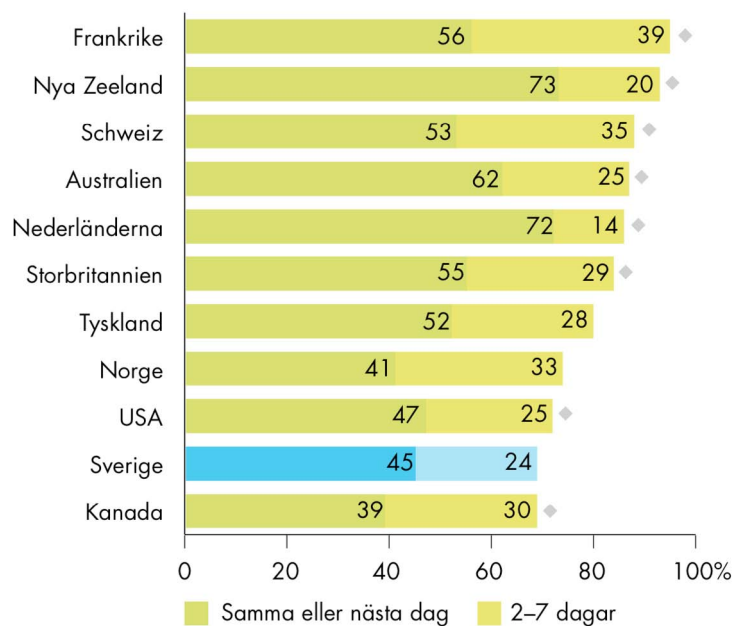
European Health Consumer Index har genomfört en jämförelse mellan OECD-länderna genom att mäta sex olika aspekter av vården; patienters rättigheter, kvalitet, läkemedel, prevention, tillgänglighet och väntetider. Nederländerna och Schweiz kom på första respektive andra plats, medan Sverige hamnade på plats 12. Den relativt dåliga placeringen berodde framförallt på bristande tillgänglighet.

Sub-discipline	Netherlands	Switzerland	Norway	Belgium	Iceland	Luxembourg	Germany	Finland	Denmark	Austria	France	Sweden	Czech Republic	Portugal	United Kingdom	Slovenia	Estonia	Spain	Croatia	FYR Macedonia	Ireland	Italy	Slovakia	Serbia	Malta	Cyprus	Lithuania	Greece	Latvia	Hungary	Poland	Albania	Bulgaria	Montenegro	Romania
1. Patient rights and information	122	111	125	104	115	101	104	108	111	108	90	104	87	108	108	104	108	87	108	118	80	83	97	111	80	73	97	63	87	73	66	73	66	63	80
2. Accessibility (waiting times for treatment)	200	225	138	225	163	200	188	150	150	200	188	100	213	150	100	125	163	113	175	225	100	138	163	188	163	125	175	125	113	125	100	163	150	113	150
3. Outcomes	288	288	288	250	288	263	288	288	275	238	263	275	238	250	250	263	238	238	188	138	250	225	175	163	188	213	163	213	188	163	188	175	150	175	125
4. Range and reach of services	125	94	115	109	115	104	83	115	115	99	94	125	104	78	109	89	94	94	104	68	78	78	89	57	94	68	68	52	73	73	63	42	47	57	52
5. Prevention	107	101	119	95	113	107	101	101	95	101	95	101	77	101	113	83	65	107	71	89	95	101	83	89	95	83	65	83	77	89	95	65	65	77	48
6. Pharmaceuticals	86	86	81	76	62	76	86	81	81	81	86	81	62	76	81	76	62	71	57	62	86	57	71	62	48	62	52	57	52	52	52	33	48	33	43
Total score	927	904	885	880	854	851	849	842	827	826	815	786	780	763	761	740	729	709	703	699	689	682	678	670	666	623	620	593	589	575	564	551	526	518	497
Rank	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

European Health Consumer Index 2016

I Commonwealth Funds enkätundersökning International Health Policy Survey 2016 där Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publicerar de svenska resultaten, fanns några områden där Sverige presterade sämre jämfört med Nederländerna och Schweiz.

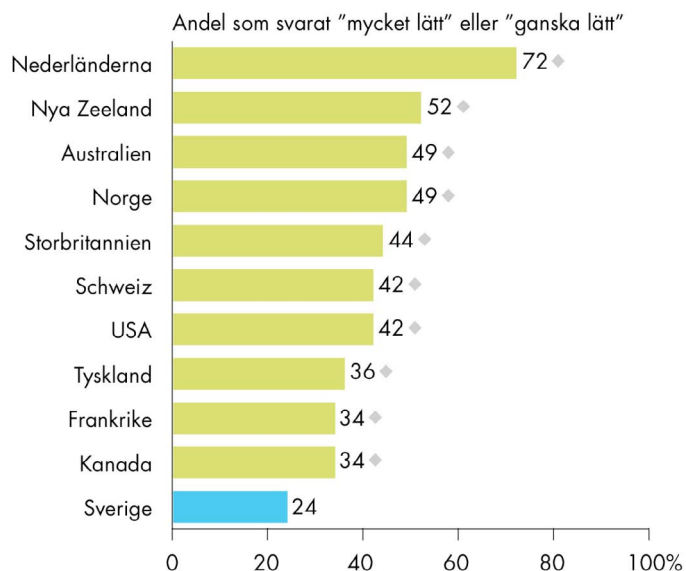
På frågan hur snabbt patienten kunde få tid i vården hamnade Sverige på plats 10. Schweiz och Nederländerna noterade här en tredje respektive femte plats.



Vården ur befolkningens perspektiv, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016

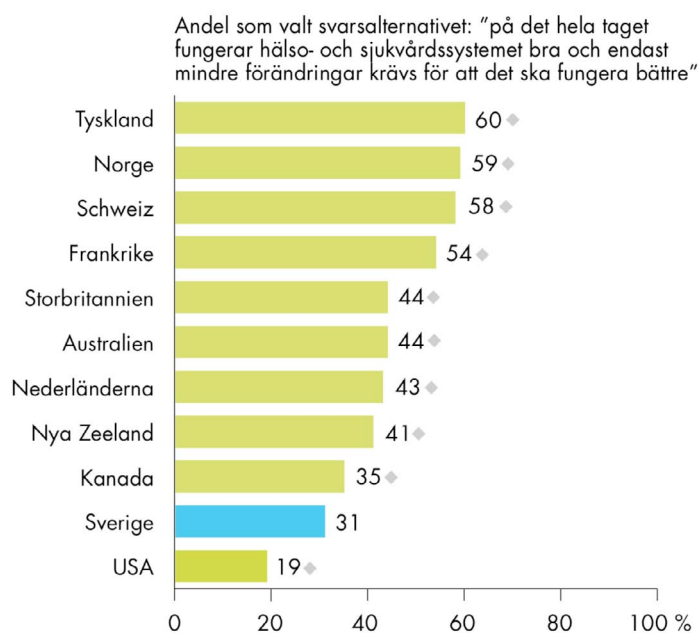
På frågan hur länge patienten fick vänta på en tid till specialist hamnade Sverige också längre ner på resultatlistan.

Endast 24 procent av de svarande i Sverige ansåg att tillgänglighet till vård utanför kontorstid var god, att jämföra med 72 procent av de svarande i Nederländerna och 42 procent i Schweiz.



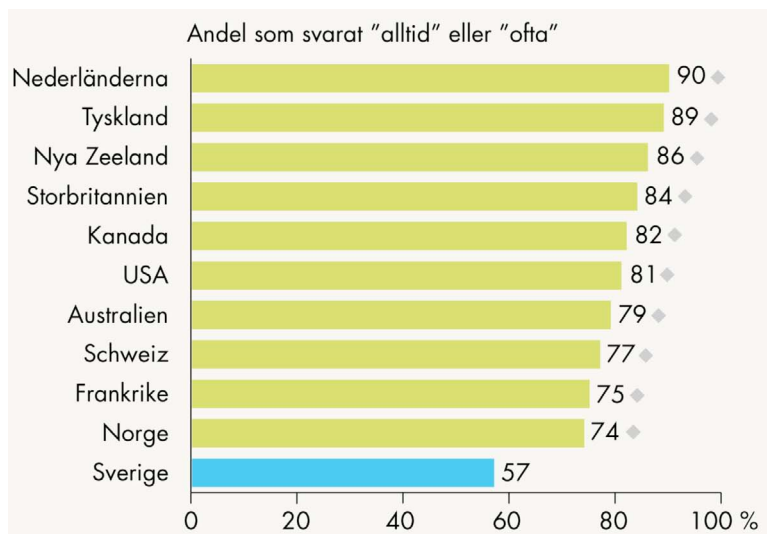
Vården ur befolkningens perspektiv, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016

Uppfattningen om hela sjukvårdssystemet visade att svenskarna var mer missnöjda än både holländare och schweizare. Endast 31% av de svenskar som svarade tyckte att hälso- och sjukvårdssystemet fungerar bra och att endast mindre förändringar krävs för en förbättring.



Vården ur befolkningens perspektiv, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016

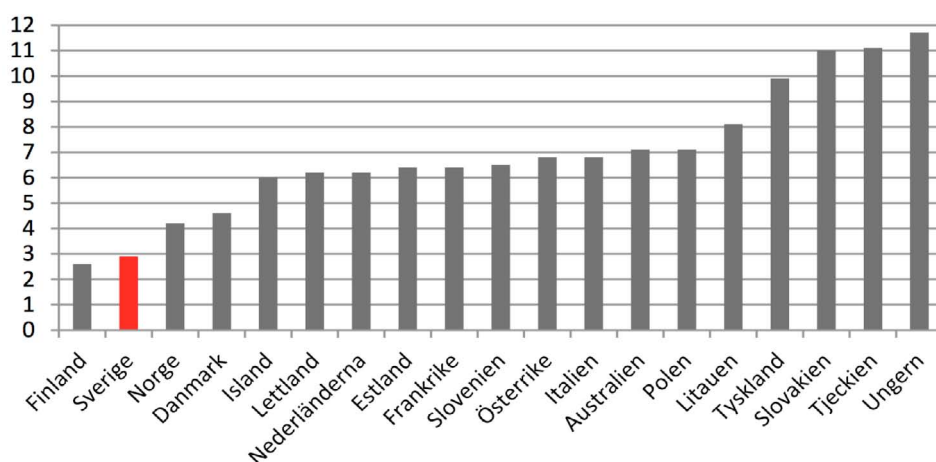
Läkarnas tillgång till relevant information om patienten är en viktig förutsättning för smidiga vårdprocesser. På frågan om läkaren hade tillgång till relevant information om patienten vid vårdtillfället svarade 90 procent « alltid » eller « ofta » i Nederländerna, 77 procent i Schweiz och 57 procent i Sverige.



Värden ur befolkningens perspektiv, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016

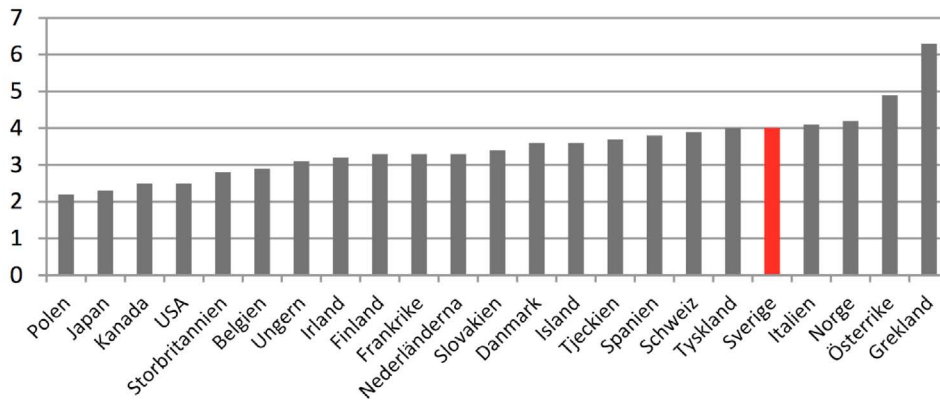
Att tiden hos läkaren var tillräcklig uppgavs i Nederländerna till 91 procent, i Schweiz till 84 och i Sverige till 68 procent. Även feedback från specialister till patienten var sämre i Sverige, där bara drygt hälften tyckte den var bra, att jämföra med 92 procent i Nederländerna och 94 procent i Schweiz. Brister i den elektroniska journalföringen kan vara en del av förklaringen.

Antalet läkarbesök per invånare och år skiljer sig åt mellan de olika länderna. I Sverige går människor till läkare i genomsnitt 3 gånger per år, i Nederländerna dubbelt så många gånger, och i Tyskland 10 gånger per år.



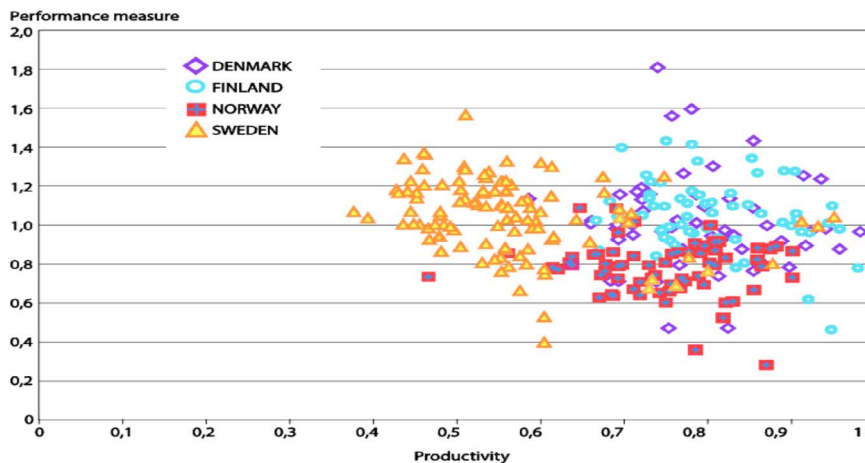
Källa: OECD Data 2015. Från www.oecd.org

Samtidigt finns det relativt många läkare i Sverige; 4st /1000 medborgare, lika många som i Tyskland, att jämföra med Schweiz och Nederländerna som har något färre i relation till befolkningens storlek. Även antalet läkarkonsultationer varierar, med ca 700 per läkare och år i Sverige, att jämföra med närmare 1000 i Schweiz och knappt 2400 i Nederländerna.



Källa: OECD Data 2015. Från www.oecd.org

Ytterligare data visar att det finns variationer inte bara mellan olika länder i Europa utan även mellan sjukhus. I en rapport från olika nordiska forskare framgår att produktiviteten i akutsjukvården är lägre i Sverige än i övriga nordiska länder.



Costs and Quality at the Hospital level in the Nordic countries. Health Economics 2015, vol. 24

Sammanfattningsvis framgår att Sverige har många goda resultat men presterar sämre när det gäller tillgänglighet, patientinvolvering och information, faktorer som många gånger är avgörande för smidiga vårdprocesser.

Det schweiziska vårdssystemet – särdrag och utmaningar

Professor Nikola Biller-Andorno från Zürich University, presenterade utformningen av det schweiziska systemet och dess särdrag och utmaningar.

Ansvar för det schweiziska hälso- och sjukvårdssystemet är uppdelat mellan federal, kantonal och kommunal nivå. De 26 kantonerna har en hög grad av självbestämmande inom ramen för konstitutionen. Systemet betecknas därför som decentraliserat. Kantonerna ansvarar för att licensiera utförarna och koordinerar sjukhusens verksamheter. Kantonerna ansvarar också för subventionering av institutioner och individuella premier.

Den federala regeringen ansvarar för att reglera finansieringen av systemet, vilket sker genom en obligatorisk sjukförsäkring (MHI=mandatory health insurance) och annan socialförsäkring. Den federala regeringen säkerställer också kvalitet och säkerhet för läkemedel och medicintekniska produkter samt samordnar folkhälsoinitiativ och främjar forskning och utbildning. Kommunerna är främst ansvariga för omsorg och social verksamhet.

Den offentligt finansierade delen av hälso- och sjukvården och omsorgen (ca. 67% år 2014) finansieras via skatteintäkter (varav den största delen går till kantonerna för subventionering av akutvård och slutenvård), de obligatoriska sjukförsäkringarna och olika socialförsäkringsavgifter. Den obligatoriska sjukförsäkringen MHI erbjuds av konkurrerande försäkringsbolag. Det federala folkhälsoinstitutet (FOPH) utövar tillsynen och sätter nivån för premier baserat på tidigare, nuvarande samt beräknade framtida kostnader för försäkrade personer i en viss region.

MHI täcker det mesta från allmänläkare och specialistläkare till hemsjukvårdstjänster, fysioterapi, utvalda läkemedel och vissa förebyggande åtgärder. Sjukhustjänster omfattas också av MHI, men är till stor del subventionerade av kantonerna. Vård av psykisk sjukdom är täckt om den tillhandahålls av certifierade läkare. MHI täcker endast "medicinskt nödvändiga" tjänster i långtidsvård. Tandvård är i stor utsträckning utesluten från MHI, liksom glasögon och kontaktlinser för vuxna.

Den privatfinansierade delen av hälso- och sjukvården utgör en relativt hög andel jämfört med andra OECD-länder, ca. 32% år 2014. Det finns frivilliga tilläggförsäkringar till den obligatoriska sjukförsäkringen (7,2% av de totala utgifterna) som ger möjlighet att t.ex. välja sjukhusläkare eller erhålla ett bättre rum under sjukhusvistelse. Andra intäkter kommer från självrisker och "out-of-pocket"-betalningar för tjänster som inte omfattas av försäkringen t.ex. tandvård eller långtidsvård.¹

1.<http://international.commonwealthfund.org/countries/switzerland/>

Vid seminariet presenterade professor Dr Nikola Biller-Andorno en ranking över vilka länder som har lyckligast invånare², baserat på ett antal faktorer såsom hälsa, socialt stöd, möjligheten att göra egna livsval, tillit i samhället, transparens, gott styre etc. Schweiz hamnade på plats 4, medan Sverige ligger sex placeringar längre ner. Nikola Biller-Andornos analys var att goda resurser och valfrihet spelar roll. Livskvaliteten är hög, tillgången till vård god och patienterna är nöjda. 81 procent av befolkningen i Schweiz har en positiv uppfattning om hälso- och sjukvårdssystemet.

Utmärkande för det schweiziska systemet är individuellt ansvar och samhällelig solidaritet. Vilka försäkringssystem som ska gälla röstas fram, och det finns drygt 60 olika försäkringar med varierande profil att välja mellan. Den obligatoriska vårdförsäkringen täcker alla. Läkarvalet är fritt. Både konkurrensen och valfriheten är stor. Tandvård och äldreomsorg ligger delvis utanför, där får patienterna själva betala en större andel.

Några utmaningar i det schweiziska systemet som Nikola Biller-Andorno lyfte fram är att kostnaderna är höga, vilket inte är hållbart i längden. Det råder även ojämlika ekonomiska förutsättningar. Brist på transparens medför svagt underlag för statistik och analys. Det preventiva arbetet är inte lika välutvecklat, och det råder av tradition visst motstånd mot livsstilsråd. När det gäller hanteringen av kroniska sjukdomar behövs bättre koordination och det finns även vissa problem med överdiagnostisering och överbehandling.

Det som fungerar bra är graden av "patient empowerment", information och beslutsstöd till patienterna och elektronisk journalföring. Patienterna kan dock behöva involveras mer aktivt och få stärkta rättigheter. Swiss Medical Board är en instans som arbetar med sådana frågor. De har gett ut rapporter och tar fram "guidelines" till patienterna. Professionerna har också tagit tillvara patienters berättelser om sina erfarenheter, till stöd för vårdpersonalen³. Nikola Biller-Andorno berättade att det skett en generationsväxling i primärvården. Tidigare rörde det sig främst om enskild praktik; nu har det blivit vanligare med samarbeten i grupp-praktik, inklusive specialister, ett system som blivit uppskattat.

2 www.worldhappiness.report/ed/2017/

3 www.healthtalk.org

Det nederländska vårdssystemet – särdrag och utmaningar

Professor Patrick Jeurissen från Radboud University i Nederländerna presenterade utformningen av hälso- och sjukvårdssystemet med dess särdrag och utmaningar.

I Nederländerna har den nationella regeringen det övergripande ansvaret för att fastställa prioriteringar inom hälso- och sjukvården, lagstifta och kontrollera tillgänglighet, kvalitet och kostnader. Regeringen finansierar delvis det obligatoriska sjukvårdsförsäkringssystemet. Prevention och socialt stöd ingår inte i detta system utan finansieras genom generell beskattning.

År 2015 utgjorde hälso- och sjukvårdskostnaderna 10,8 procent av BNP, varav 77% finansierades med offentliga medel. Den för individen obligatoriska sjukvårdsförsäkringen köps från privata försäkringsbolag i konkurrens. Dessa har ett vinstutdelningsförbud. Alla med samma försäkringsgivare betalar samma premie, oavsett ålder eller hälsotillstånd. Bidragen samlas in centralt och utfärdas till de olika försäkringsbolagen baserat på ett system som beaktar ålder, kön, hälsorisker etc.

Försäkringsbolag inom hälso- och sjukvård är enligt lag skyldiga att tillhandahålla ett standardpaket som bland annat omfattar allmänläkare, sjukhusvård och specialistvård, tandvård upp till 18 år, receptbelagda läkemedel, fysioterapi, sjuksköterskevård i hemmet och vissa delar av den psykiatriska vården. Sedan 2015 delas ansvaret för hemsjukvård mellan den nationella regeringen, kommunerna och försäkringsbolagen. Förebyggande åtgärder omfattas inte av sjukvårdsförsäkringen utan faller under kommunernas ansvar.

Förutom den lagstadgade försäkringen tecknar större delen av befolkningen (84%) kompletterande frivilliga försäkringar som täcker tandvård, alternativmedicin, glasögon och linser, preventivmedel och hela kostnaden för läkemedel. Personer med frivillig försäkring får inte snabbare tillgång till någon typ av vård, och de har heller inte ett ökat utbud av specialister eller sjukhus. Under 2014 utgjorde frivillig försäkring 7,9 procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna.⁴

Jeurissen menade att systemet fungerar självkorrigering. Alla ska vara försäkrade och det ska vara attraktivt för försäkringsinstanserna att även försäkra de sjuka. Det är försäkringarna som bär riskerna och 70 procent av sjukhusen är avgiftsbefriade.

Konkurrens råder och det finns många oberoende vårdgivare. Även sjukhusläkarna kan arbeta som privatpraktiserande, med universitetssjukhusen undantagna. En stor andel vårdgivare är non-profit, även sjukhus. Familjeläkaren fungerar ofta som en gatekeeper.

4.<http://international.commonwealthfund.org/countries/netherlands/>

Det finns stor frihet inom systemet, sjukhus kan t.ex. köpas upp utan särskild prövning och tillåtelse. Vårdgivarnas innovationsklimat är gott, med hög produktivitet och inga väntelistor. Antalet öppenvårdskliniker har ökat. Tillgången på vård är god. I Nederländerna finns primärvård även i akutsjukvården för att samordna vården före- och efter sjukhusvård i betydligt större omfattning än i Sverige.

I vissa vårdsektorer har antalet patienter minskat och premierna har inte behövt höjas de senaste sju åren. Solvensen har ökat. Man ”underspenderar” från år 2012 med lägre premier och lägre kostnader, och viss ekonomisk kompensation för kroniskt sjuka har avskaffats. Det genomförs även färre öppenvårdsbehandlingar och farmakaföreskrivningen har minskat.

Jeurissen lyfte vikten av att inte endast satsa på att minska volymerna utan även titta på vad som fungerar på makronivå. Betalningsformerna, konkurrens och koordinering har betydelse. Det behövs mer av systembaserad evidens, ansåg Jeurissen.

Diskussion

Melvin Samsom, direktör för Karolinska Universitetssjukhuset och ursprungligen från Nederländerna, reflekterade över jämförelserna mellan Sverige, Nederländerna och Schweiz.

- Resultaten (kvalitet och kostnader) är likartade trots att systemen är olika.
- En skillnad är hur stora de olika personalkategorierna är och hur man arbetar. I Nederländerna finns 16 personer (från andra personalkategorier) /läkare, i Sverige är siffran 6, vilket kan vara en del av förklaring till vårdkrisen i Sverige.
- I Nederländerna tas många patienter om hand av allmänläkare. Av de som söker till Karolinskas akutmottagningar är det endast 20% som tas in i Karolinskas slutenvård, många av de övriga hänvisas till annan typ av vård.
- Patienternas makt och delaktighet är sämre i Sverige.
- Vårdprocesserna i Sverige är ineffektiva men det är hög kvalitet i det som utförs.
- Sverige behöver mer horisontell innovation och bättre informationsdelning.
- Nackdelar med systemet i Nederländerna är omfattande förhandlingar, där ett sjukhus måste förhandla med flera olika försäkringsbolag, samt svårigheter att fatta stora viktiga beslut till följd av krav på konsensus.

Fredrik Lennartsson, generaldirektör för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, reflekterade över jämförelserna mellan Sverige, Nederländerna och Schweiz.

- Vi behöver lära av andra länder men vi är också för dåliga på att lära av våra egna erfarenheter.
- Det behövs mer robust evidens om vad som (inte) fungerar.
- Återkommande i internationella jämförelser är att den svenska vården har brister i vårdprocesser, patientinvolvering, tillgänglighet och jämställdhet.
- För 15 år sedan kom det delegationer från Danmark och Nederländerna för att lära av Sverige, nu är det tvärtom.
- Schweiz har väckt intresse främst gällande nya farmaka, vård i livets slutskede och eutanasi. I Nederländerna har patienterna getts valmöjligheter mellan konkurrerande försäkringar.
- Andelen primärvård skiljer sig mellan olika länder 16 procent i Sverige mot 23-24 procent i Nederländerna. Där var det också mer nationellt reglerat och även mer stabilt över tid. Sverige måste fokusera på utmaningen att förbättra primärvården och lägga mer fokus på de äldre patienterna.
- I Nederländerna är etableringsrätten inte fri men det råder större flexibilitet gällande hur primärvård ska levereras.

Clas Rehnberg, professor i hälsoekonomi vid Karolinska Institutet, reflekterade över jämförelserna mellan Sverige, Nederländerna och Schweiz.

- Sverige har mycket att lära av andra europeiska länder.
- I Sverige kan det behövas en särskild allmänläkarorganisation för multisjuka äldre eftersom det finns brister i kontinuiteten.
- Orsaken till att det spenderas relativt mycket tid per läkarbesök här kan bero på att läkaren varken har tillräcklig information eller känner sin patient.
- Det finns för lite evidens om vad som fungerar och hur vi ska förändra systemen.
- I Sverige är kostnaderna höga men vi får ut mindre av pengarna.
- Sjukhusfokuseringen är omfattande i Sverige och resurser behöver omfördelas till primärvården.
- Svenska systemet är mycket fragmenterat och det råder problem med gatekeeper och väntetider.
- Systemet i Nederländerna är det mest pluralistiska. Är det konkurrens mellan försäkringar eller mellan vårdgivare som ska gälla?

Cecilia Widegren, riksdagsledamot (m) i Socialutskottet, reflekterade över jämförelserna mellan Sverige, Nederländerna och Schweiz.

- Försäkringsbaserade system bör diskuteras även i Sverige. Idag betalar 650 000 personer extra för privat försäkring. Sektorn växer på grund av bristande tillgänglighet i det offentliga systemet. Människor betalar alltså dubbelt, till två system.
- Det går in mycket pengar till vården, men det blir inte motsvarande utdelning.
- Den svenska vården brister avseende tillgänglighet.
- Det är inte vårdbehoven som skiljer länderna åt.
- Det är dags att börja arbeta med de mest sjuka, som behöver tas om hand från dag ett. I Skaraborg finns ett bra exempel med mobila läkare som åker ut till de äldre – mer av det behövs.

Röster från auditoriet;

- I Nederländerna kan en relation till en allmänläkare byggas upp i 20 - 25 år. I Sverige är relationen ofta mer kortsiktig.
- Det finns kulturella skillnader och det går inte att kopiera ett system rakt av. I Sverige arbetar vi utifrån förhållandevis traditionella strukturer och det finns en rädsla att fatta beslut.
- Hur kan vi skapa utrymme för kreativitet och engagemang hos vårdpersonalen?
- Unga läkare kan bli en del av lösningen, redan i utbildningen.
- Vi behöver bli mer flexibla och anpassa oss till förändringar.
- Andelen non-profit organisationer av hälso- och sjukvården skiljer sig åt mellan de olika länderna; i Sverige 3% av vårdsektorn, i Nederländerna 30%. Kan denna sektor ta en större plats och påverka utvecklingen positivt?

Nikola Biller-Andorno lyfte åter fram den försäkringsbaserade vården som ett gott exempel, liksom självorganiserade nätverk av läkare för ökad innovation och integrerad service. Gatekeepers är inte så bra – det hindrar patienter från det de söker. Digitalisering kan innebära nya former för interaktion mellan läkare och patient.

Patrick Jeurissen menade att det så kallade “single-pay-system” som finns i Sverige bidrar till väntetider, problem med koordinering och fragmentering etc. och bär för ett parallellt system som vissa tjänar pengar på. Det behövs ett långsiktigt perspektiv.

Peter Graf, ordförande för Forum för Health Policy, avslutade eftermiddagen med att påminna om att vi behöver ändrade arbetssätt i sjukvården. Vi lever allt längre, vilket i sin tur innebär att vården behöver ta hand om fler multisjuka och kroniskt sjuka. Pengarna kommer helt enkelt inte räcka till om vi fortsätter i gamla hjulspår. För att långsiktigt kunna bibehålla en god sjukvård med hög medicinsk kvalitet, och utveckla den ytterligare, krävs ett paradigmskifte där vi inför helt nya arbetssätt. Det är också ett krav från patienterna. Peter tackade ambassaderna och handelskamrarna för Nederländerna och Schweiz för ett mycket givande samarbete.

Ambassadörerna Ines Coopse (Nederländerna) och Christian Schoenenberger (Schweiz) tackade talarna och Forum för Health Policy och uttryckte sina förhoppningar om ett fortsatt samarbete.

English summary

To compare is to learn and to develop. Benchmarking between various health care organisations is of great value in order to pinpoint areas of improvement. On the 19th of February 2017 Forum for Health Policy arranged a workshop in collaboration with the Embassies and Chambers of Commerce for the Netherlands and Switzerland with the topic of what we can learn from each other. Ines Coppoolse, Ambassador, Netherlands and Christian Schoenenberger, Ambassador, Switzerland opened the workshop by welcoming the speakers and the audience. Anders Morin, vice chairman of Forum, gave an extensive presentation with comparisons of quality, costs, accessibility, patient involvement etc. from various sources (OECD, European Health Consumer Index, Common Wealth Fund etc.). There are three main areas where Sweden is falling back; accessibility, coordination in health care and patient involvement. Professor Nikola Biller-Andorno from the University of Zürich and Professor Patrick Jeurrisen from the Radboud University of Netherlands presented features and current challenges from the two countries. The panel consisted of representatives with deep knowledge of health care. Many important issues were being discussed, for example the coordination of health care, patient involvement and insurance companies' roles on the health care market. Peter Graf, chairman of Forum for Health Policy, closed the seminar by stressing the importance of learning from each other.

Sammanfattning

Sverige har en vård i världsklass men en bristande tillgänglighet, koordinering och patientinvolvering skapar onödigt lidande och kostnader. Kunskap och erfarenhet från andra länder och andra system skapar motivation för utveckling och lärande. Varför är tillgängligheten bättre i andra länder? Varför brister patientinvolveringen i Sverige? Det finns inga entydiga svar utan ett flertal olika faktorer spelar in. Nederländerna och Schweiz är intressanta länder att studera mer på djupet. Vi behöver också bli bättre på att sprida egna goda exempel i Sverige. Tydligt är att det finns flera förbättringsområden för den svenska vården, gällande patientinformation, koordination, tillgänglighet och produktivitet. Jämförelserna väcker också frågan om vilken roll primärvården, digitaliseringen och konkurrens spelar i utvecklingen av den framtida hälso- och sjukvården.

Författad av:

Catharina Barkman, projektledare Forum för Health Policy

Anna Forsberg, koordinator Forum för Health Policy

Särskilt tack till Motzi Eklöf, Karolinska Institutet, som har bidragit till denna skrift.

Allt ursprungligt material finns på www.healthpolicy.se

