

Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter

Rapport av Statens medicinsk-etiska råd

Stockholm 2014



Smer rapport 2014:1

Smer rapport 2014:1. Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter.

Rapporten finns att ladda ned gratis på www.smer.se eller kan köpas från Fritzes kundtjänst.

Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm

Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90

E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2015

Omslag: Blomquist Annonsbyrå AB.
Foto: iStockphoto.

Textgranskning har utförts av Carina Roxström, journalist.
Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

ISBN 978-91-38-24221-6
ISSN 1101-0398

Förord

Statens medicinsk-etiska råd har på eget initiativ tagit fram denna rapport om etiska aspekter på med- och egenfinansiering i hälso- och sjukvården. Målet med rapporten är att stimulera till samhälls- och offentlig diskussion samt att utgöra stöd inför huvudmännens överväganden och beslut om med- och egenfinansiering i den offentliga hälso- och sjukvården och i den vård som bedrivs av privata aktörer på uppdrag från landstingen.

Rapporten har tagits fram av en arbetsgrupp i rådet bestående av rådsledamöterna Kjell Asplund, Anders Henriksson, Elina Linna och Chatrine Pålsson Ahlgren. I arbetsgruppen har även ingått Ingemar Engström, Göran Hermerén och Lars Berge-Kleber samtliga sakkunniga i Smer. Göran Hermerén, sakkunnig i rådet och professor emeritus i medicinsk etik, har haft ett särskilt uppdrag vad gäller den etiska analysen, där han bistått i författandet av rapporten. Ordförandeskapet i arbetsgruppen har delats av Ingemar Engström och Kjell Asplund. Sekreterare har varit Lotta Eriksson (huvudsekreterare) och Helena Teréus.

Lotta Lerwall, docent i offentlig rätt har på rådets uppdrag gjort en bedömning av gällande regelverk.

Inom ramen för projektet har rådet hört experter, representanter från intresseorganisationer och företrädare från olika landsting. Se bilaga 1.

Beslut om denna rapport har fattats av ledamöterna Kjell Asplund (ordförande), Helena Bouveng, Sven-Olov Edvinson, Elina Linna, Anders Henriksson, Chatrine Pålsson Ahlgren, Anders Åkesson och Barbro Westerholm. Ledamoten Helena Bouveng har reserverat sig mot delar av rådets överväganden och ställningstaganden. I beredningen av rapporten deltog även Lars Berge-Kleber, Emil Bergschöld, Ingvor Bjugård, Ingemar Engström, Martin Färnsten,

Göran Hermerén, Åsa Nilsson, Sineva Ribeiro, Nils-Eric Sahlin och Elisabet Wennlund, samtliga sakkunniga i rådet.

Rapporten har faktagranskats av Olle Olsson, handläggare, Pål Resare, förbundsjurist och Ulrika Vestin, handläggare, samtliga vid Sveriges Kommuner och Landsting. Charlotta Zetterström, professor och ordförande för Kataraktregistret har faktagranskat avsnitt 8.1.2 Speciallinser i samband med gråstarrsoperation.

Stockholm i december 2014

Kjell Asplund

Innehåll

Definitioner	11
Sammanfattning	15
Huvudpunkter i sammandrag	23
1 Inledning	39
2 Nuläget	45
2.1 Allmänt om sjukvårdens finansiering i dag	45
2.1.1 Dagens avgiftssystem inom hälso- och sjukvården	45
2.1.2 Privata sjukvårdsförsäkringar.....	49
2.1.3 Andelen offentliga respektive privata utförare av hälso- och sjukvård.....	49
2.2 Utvecklingstendenser inom hälso- och sjukvården.....	50
2.2.1 Inledning	50
2.2.2 Förändring i synen på sjukvård som en tjänst på en marknad.....	51
2.2.3 Patientinflytande och vårdval.....	52
2.2.4 Upphävande av inskränkningarna i landstingens möjligheter att överlämna driften av hälso- och sjukvård	54
2.2.5 Ojäma villkor för hälsa och vård	55
2.2.6 Allmänhetens betalningsvilja för välfärdstjänster.....	58
2.2.7 Åtgärder som kan leda till egen- och medfinansiering.....	58

2.3	Med- och egenfinansiering i hälso- och sjukvården i dag	59
2.3.1	Inledning.....	59
2.3.2	Ställningstaganden och förekomst av medfinansiering i landstingen.....	60
2.4	Internationell utblick	63
2.4.1	Bakgrund.....	63
2.4.2	Norden.....	64
2.4.3	Storbritannien.....	71
2.4.4	Nederländerna	74
3	Framtida finansiering och egenavgifter.....	77
3.1	Inledning.....	77
3.2	Framtida finansiering	78
3.2.1	Aktuella svenska rapporter	80
4	Reglering.....	89
4.1	Internationell rätt vad gäller rätten till hälsa.....	89
4.1.1	Inledning.....	89
4.1.2	FN	90
4.1.3	Europarådet och WHO	95
4.1.4	EU	96
4.1.5	Begreppet rätt till bästa möjliga hälsa för alla.....	97
4.2	Nationell rätt	100
4.2.1	Landstingets ansvar att erbjuda vård.....	100
4.2.2	Hälso- och sjukvårdens mål.....	102
4.2.3	Landstingets möjlighet att överlämna vårduppgift till enskild (med offentlig finansiering)	104
4.2.4	Landstingens kompetens	106
4.2.5	Utrymmet för privata utförare att erbjuda tilläggsjänster.....	109
4.2.6	Tilläggsinsatsernas förenlighet med prioriteringsplattformen	111

5	Mål och etiska utgångspunkter	115
5.1	Inledning.....	115
5.2	Prioriteringsplattformen	115
5.2.1	Typer av prioriteringar	119
5.2.2	Prioriteringsprocessen.....	121
5.2.3	Begreppet God vård.....	122
5.3	Specifika etiska utgångspunkter.....	125
5.3.1	Människovärde.....	126
5.3.2	Rättvisa: Lika vård på lika villkor.....	127
5.3.3	Integritet	128
5.3.4	Självbestämmande och autonomi	128
6	Etiska aspekter och värdekonflikter	131
6.1	Inledning.....	131
6.2	Allmänt om det etiska huvuddilemmat	131
6.3	Konflikter mellan skilda etiska värden	132
6.3.1	Inledning	132
6.3.2	Konflikter mellan etiska och ekonomiska värden	133
6.3.3	Konflikter mellan etiska och medicinska värden	134
6.3.4	Värdekonflikter på olika nivåer.....	134
6.4	Etiskt relevanta skillnader mellan olika effekter av egen- och medfinansiering.....	134
7	Argument och aspekter att beakta	137
7.1	Inledning.....	137
7.2	Olika typer av argument.....	137
7.2.1	Autonomiargument.....	138
7.2.2	Rättviseargument.....	139
7.2.3	Medicinska argument	139
7.2.4	Ekonomiska argument	140
7.2.5	Samhällsargument.....	141
7.2.6	Juridiska argument.....	141
7.2.7	Psykologiska argument	141

8	Analys av några exempel på med- och egenfinansiering.....	143
8.1	Medfinansiering.....	143
8.1.1	Inledning.....	143
8.1.2	Speciallinser i samband med gråstarrsoperation.....	143
8.1.3	Hörhjälpmedel till medfinansiering.....	153
8.2	Exempel på egenfinansiering.....	161
8.2.1	Inledning.....	161
8.2.2	Operation av åderbråck.....	162
8.2.3	Nya cancerläkemedel.....	163
8.2.4	Assisterad befruktning utöver vad landstinget erbjuder.....	165
8.2.5	Vissa former av fosterdiagnostik.....	166
8.2.6	TBE-vaccination.....	169
8.2.7	Psykoterapi.....	171
8.3	Exempel på andra områden där med- och egenfinansiering diskuteras.....	174
8.3.1	Generika vs. ”original” läkemedel.....	174
8.3.2	Eget rum på sjukhus.....	174
8.3.3	Bättre mat på sjukhus.....	174
8.3.4	Hjälpmedel.....	175
9	Överväganden och ställningstaganden.....	177
9.1	Inledning.....	177
9.2	Medfinansiering.....	177
9.2.1	Medfinansiering strider mot principen om vård på lika villkor och riskerar att leda till ökad ojämlikhet i hälsa.....	178
9.2.2	Medfinansiering kan strida mot behovs- och solidaritetsprincipen och komma i konflikt med kostnadseffektivitetsprincipen.....	179
9.2.3	En individ med hälso- och sjukvårdsbehov är i första hand en patient och inte en kund på en marknad.....	180
9.2.4	Tilliten till vården kan försvagas.....	180
9.2.5	Andra potentiella problem med medfinansiering.....	180

9.3	Egenfinansiering.....	181
9.4	Skillnader i beslut och tillämpning mellan landstingen vad gäller med- och egenfinansiering.....	181
9.5	Aspekter att beakta inför avgöranden om med- och egenfinansiering	182
9.5.1	Beslutsstöd inför bedömning av om hälso- och sjukvårdsinsats	182
9.6	Sammanfattande diskussion och slutsatser	185
	Referenser	189
	Reservation	197
	Bilaga	
	Bilaga 1 Förteckning över hörda experter	199

Definitioner

Medfinansiering

Patienten finansierar den del av en hälso- och sjukvårdsinsats som ligger utanför landstingets offentligt finansierade utbud medan landstinget betalar den del av insatsen som omfattas av offentlig finansiering. Patienten kan alltså i denna situation välja ett tillägg eller något annat än det som erbjuds inom den offentligt finansierade vården och själv betala mellanskillnaden. I rapporten används således termen medfinansiering enbart när finansieringen av hälso- och sjukvårdsinsatsen är integrerad dvs. finansierad med både offentliga och privata medel, bortsett från patientavgifter.

Exempel: Patienter som medfinansierar multifokal lins vid starr-operation; synkorrigerande lins ligger normalt utanför det offentliga åtagandet och landstingets prioriteringar varför vissa landsting ersätter motsvarande en "vanlig" lins vid starroperation och patienten får betala mellanskillnaden det kostar att få en synkorrigerande lins.

Egenfinansiering

Patienten får själv betala hela kostnaden för sådana hälso- och sjukvårdsinsatser som inte omfattas av landstingets offentligt finansierade utbud. En orsak till att vården inte finansieras med offentliga medel kan vara att den inte bedöms vara medicinskt motiverad (utifrån vad som för närvarande är känt om effekterna på gruppnivå.) Exempel på sådan vård är skönhetsoperationer. Andra anledningar kan vara att landstinget begränsat tillgången till viss vård (såsom antal försök vid assisterad befruktning) eller att vårdinsatsen inte prioriteras av landstinget (vissa vaccinationer, åderbråcksoperationer, vissa hälsoundersökningar).

Tilläggsinsatser

En hälso- och sjukvårdsinsats som med- eller egenfinansieras av patienten. Ibland kan begreppen tilläggstjänst eller tilläggsprodukt förekomma. Det förstnämnda syftar till med- eller egenfinansierade tjänster såsom medicinsk behandling utförd av vårdpersonal och det sistnämnda till hälso- och sjukvårdsprodukter såsom hjälpmedel. Man kan också skilja mellan invasiva tilläggsinsatser (t.ex. en starroperation där en multifokal lins sätts in eller en IVF-behandling) och icke-invasiva (t.ex. ett hjälpmedel).

Patientavgifter

Avgifter inom öppenvård och slutenvård

Vid exempelvis ett läkarbesök betalar patienten en avgift. Landstingen och kommunerna kan i princip själva bestämma vilka avgifter patienterna ska betala för läkarbesök och andra tjänster i vården, i den utsträckning som anges i § 26 hälso- och sjukvårdslagen. Vissa landsting tar även ut en kostnad för transporter med ambulans eller helikopter. För tid som patienten är inlagd på sjukhus betalar han eller hon en dygnsavgift som enligt lag får vara högst 100 kronor. När patienten under ett år uppnått ett förbestämt maxbelopp inträder högkostnadsskyddet. Patienten får då ett frikort och behöver inte betala fler patientavgifter under det året.

Högkostnadsskyddet täcker dock oftast inte

- de avgifter som man betalar per dag när man är inlagd på sjukhus
- vaccinationer
- intyg och hälsoundersökningar
- förebyggande åtgärder som till exempel mammografi
- kostnad för ett uteblivet besök
- kostnader för kopia av journalen
- expeditionsavgift, som tas ut om man betalar på kredit eller får fakturan hemskickad
- kostnader för tandvård (där finns det dock andra förmånssystem)

Hälso- och sjukvård är kostnadsfri i nästan alla landsting och regioner om man är under 20 år och barn och ungdomar har rätt till gratis tandvård till och med sista december det år de fyller 19 år.¹

Avgifter för läkemedel och förbrukningsartiklar

När det gäller de flesta läkemedel betalar man en så kallad egenavgift varje gång man hämtar ut på recept tills man kommit upp till ett maximibelopp (som för närvarande är bestämt till 2 200 kronor) och högkostnadsskyddet träder in. Detsamma gäller förbrukningsartiklar som behövs vid stomi. Subventionen för läkemedel och stomiartiklar ökar stegvis efter att ett minimibelopp uppnåtts till det man nått maximibeloppet 2 200 kronor. Högkostnadsskyddet gäller under ett år för de läkemedel som man får på recept och som Tandvårds- och Läkemedelförmånsverket (TLV) har bestämt ska vara subventionerade. Det gäller även för förbrukningsartiklar som man får på ett så kallat hjälpmedelskort.²

Läkemedel som har förskrivits av läkare mot en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom och som läkaren bedömer minska risken för smittspridning är kostnadsfria för patienten (Smittskyddslag 2004:168, 7 kap. 1 §). Vilka sjukdomar som omfattas finns förtecknade i två särskilda bilagor till lagen. Landstinget är kostnadsansvarigt för läkemedel förskrivna enligt Smittskyddslagen.

För närvarande bereds även ett förslag till ändringar i lagen om läkemedelsförmåner som syftar till att ge personer under 18 år kostnadsfria läkemedel och förbrukningsartiklar som behövs för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering.³

¹ www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Patientavgifter/

² www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Vad-kostar-lakemedel-pa-recept/#section-1

³ Ds 2014:42, Kostnadsfria läkemedel för barn.

Avgifter för hälso- och sjukvårdsinsatser som inte finansieras av landstinget.

OECD:s begrepp:

Out-of-pocket payments eller kostnader som betalas ”ur egen ficka”

Utgifter som betalas direkt av patienten. Begreppet omfattar patient- och egenavgifter samt kostnader för läkemedel som inte omfattas av högkostnadsskyddet. Detta begrepp torde även omfatta sådana tilläggsinsatser som patienten betalar för själv genom med- och egenfinansiering.

Privat finansiering

Begreppet täcker individens kostnader som betalas ”ur egen ficka” (out-of-pocket payments) samt kostnader för privat sjukförsäkring. Detta är således ett övergripande begrepp som omfattar alla kostnader för hälso- och sjukvård som finansieras privat av hushållen.

Sammanfattning

En ny form av medfinansiering har introducerats i några landsting under senare år. Patienten kan i vissa fall välja en dyrare produkt i samband med behandling och själv stå för merkostnaden. Det kan t.ex. gälla val av dyrare speciallinser i samband med starroperationer eller en annan dyrare hörapparat än de offentligt finansierade modellerna.

Förutsättningarna för med- och egenfinansiering är en komplex fråga som handlar om den offentliga sjukvårdens uppdrag och hur detta uppdrag och dess avgränsningar påverkar den enskilde patienten. Kan dessa gränsdragningar göras på ett etiskt godtagbart sätt utan att stå i strid med hälso- och sjukvårdens mål – nämligen en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen?

Det främsta argumentet för att införa medfinansiering är att patientens valmöjligheter ökar. Mot medfinansiering finns både principiella rättviseargument och argument som berör risker och icke-önskvärda konsekvenser, som kan leda till att man gradvis frångår principen om en vård av hög kvalitet för alla.

Smer har till särskild uppgift att bevaka tendenser inom medicin och sjukvård som på sikt kan undergräva respekten för människovärdet. Därför har rådet analyserat frågan om hur man etiskt bör förhålla sig till medfinansiering inom den offentligt finansierade vården.

Möjligheter till egen- och medfinansiering inom hälso- och sjukvården innebär att patienten kan köpa tilläggsinsatser och på detta sätt få en annan dyrare och eventuellt bättre behandling eller vårdprodukt. Detta aktualiserar följande etiska huvuddilemma:

- Å ena sidan kan patienter som har råd att köpa vissa hälso- och sjukvårdsinsatser höja sin vårdkvalitet.
- Å andra sidan finns risk för en utveckling mot vård på ojämlika villkor.

Rapportens syfte och mål

Syftet med denna rapport är att identifiera och klargöra de etiska aspekterna vad gäller frågan om medfinansiering i offentlig vård.

Rapporten behandlar enbart den form av medfinansiering där patienten finansierar den del av en hälso- och sjukvårdsinsats som ligger utanför landstingets offentligt finansierade utbud. Det innebär att finansieringen av hälso- och sjukvårdsinsatsen är integrerad, dvs. både finansierad med offentliga och privata medel, bortsett från patientavgifter.

I rapporten berörs även egenfinansiering eftersom frågorna är nära förknippade. Med egenfinansiering avses att patienten själv står, ibland via försäkring, för hela kostnaden för den aktuella tjänsten, produkten eller hjälpmedlet.

Målet med rapporten är att stimulera till en samhällsdiskussion om de etiska dilemman som kan uppstå vid medfinansiering. Smer vill också att rapporten ska vara ett stöd när hälso- och sjukvårdens huvudmän gör överväganden och beslutar om olika former av egen- och medfinansiering. För att undvika godtycke inför bedömning om en insats bör med- eller egenfinansieras bör varje insats etiskt analyseras på ett strukturerat sätt.

Bakgrund

Flera faktorer har bidragit till att skapa intresse för med- och egenfinansiering i vården. Den övergripande frågan handlar om hälso- och sjukvårdens framtida finansiering och organisering. Andra faktorer är upphävandet av den s.k. stopplagen (förbud till vinster i vården) och ett stigande antal privata vinstdrivande utförare av offentligt finansierad vård. Detta har sammantaget bidragit till ett intresse av att erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser utöver det offentligt finansierade utbudet liksom närliggande tjänster som inte är hälso- och sjukvård. Andra omständigheter som bidragit till ett ökat intresse för med- och egenfinansiering är ökade inkomster hos många människor, ett större fokus på patientinflytande och individens rätt till självbestämmande. Svensk hälso- och sjukvård har under de senaste 30 åren förändrats mot ett större inslag av marknadstänkande. Införandet av managementmodeller som New public management (NPM) har bidragit till detta.

Vårdens finansieringsformer rör värdegrundsfrågor inom hälso- och sjukvården och aktualiserar frågor om rättvisa, jämlikhet, vård efter behov samt självbestämmande.

I marknadstänkandet blir relationerna mellan utbud och efterfrågan central. Om efterfrågan, snarare än behov, ska styra vårdens resurser, och med- och egenfinansiering av vissa produkter och vårdtjänster börjar erbjudas och efterfrågas, aktualiseras frågan om vilka värdekonflikter som kan uppkomma och hur dessa ska hanteras i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Utgångspunkter för Smers analys

Rådet analyserar i rapporten olika exempel för att identifiera värdekonflikter och argument för och emot med- och egenfinansiering och har i sin genomgång och analys utgått ifrån:

- målet med hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen: en god hälsa och en hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen
- principerna i den av riksdagen beslutade etiska plattformen för prioriteringsbeslut: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.

Utifrån denna genomgång och analys kommer rådet fram till följande övergripande överväganden och ställningstaganden.

Smers överväganden och ställningstaganden

Medfinansiering

Det främsta argumentet för att införa medfinansiering är att patientens valmöjligheter ökar. Patienten får möjlighet att välja även produkter och tjänster som ligger utanför det som erbjuds inom den offentligt finansierade vården, även om hon då själv får bekosta mellanskillnaden. Rådet menar att det utifrån ett etiskt perspektiv dock finns fler argument som talar emot medfinansieringsmodeller i hälso- och sjukvården än som talar för.

Enligt rådets tolkning strider medfinansiering mot intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen och den etiska plattformen för prioriteringsbeslut. Att köpa sig till en bättre vårdkvalitet eller tillgänglighet inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården är inte förenligt med principen om vård på lika villkor. Rådet menar dels att ett införande av medfinansiering inom ramen för den offentligt finansierade vården kan komma att påverka värdegrunden för hälso- och sjukvården, att vård ska ges på lika villkor efter behov, dels att ett införande på sikt skulle kunna leda till en offentlig hälso- och sjukvård med en låg basnivå. Det vill säga att man gradvis frångår tanken om en vård av hög kvalitet till alla.

Rådet menar att det är svårt att förena dessa två målbilder: att dels hålla fast vid likarättsprincipen, dels ge utrymme för individer att köpa sig till hälso- och sjukvårdsinsatser av bättre kvalitet. Att öppna upp för medfinansiering i offentligt finansierad vård riskerar att leda till en ökad grad av ojämlikhet i hälsa.

Tilliten och förtroendet för den offentligt finansierade vården riskerar att minska om patienten inte i första hand är patient, utan behandlas som kund, och man efterfrågar betalningsförmåga och betalningsvilja i samband med undersökning och behovsbedömning.

Sammanfattningsvis menar rådet att det inte är etiskt godtagbart att kunna köpa sig till en ökad vårdkvalitet eller tillgänglighet inom ramen för den offentliga hälso- och sjukvården.

Egenfinansiering

I rådets genomgång och diskussion har man funnit att det inte alltid är tydligt varför och på vilka grunder en hälso- och sjukvårdsinsats erbjuds till egenfinansiering. Egenfinansiering är i princip oproblematiskt, förutom när patientnyttan är stor och väldokumenterad och/eller det leder till undanträngningseffekter så att andra patienter/individer drabbas negativt. Sådana undanträngningseffekter ska tas på allvar när det gäller egenfinansiering. Det är inte lätt att helt undvika sådana. Det är dock rimligt att vissa enklare typer av hälso- och sjukvårdsinsatser som ligger utanför det offentliga åtagandet, som i dag, bör kunna erbjudas till självkostnadspris inom ramen för den offentliga sjukvården. Detta blir särskilt aktuellt i de delar av landet där avstånden till privata vårdalternativ är långa.

Varje tjänst eller produkt bör granskas för sig

Det är upp till respektive landsting att fatta beslut om vad som ska finansieras av landstinget eller inte, samt att besluta om med- och egenfinansiering i de fall det anses godtagbart och är i enlighet med gällande regelverk.

Vilka former av egen- och medfinansiering som eventuellt är förenliga med den etiska plattformen, och andra regelverk, kan fastställas först efter granskning av varje enskild tjänst eller produkt. Utgångspunkten är om en viss hälso- och sjukvårdsinsats är förenlig med hälso- och sjukvårdslagen och med den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen eller inte. Är de oförenliga bör med- eller egenfinansiering inte tillämpas, oavsett förtjänsterna i övrigt.

Rådet har arbetat fram följande aspekter/frågor som bör vara vägledande inför bedömning av om en vårdtjänst eller produkt skulle kunna erbjudas till med- eller egenfinansiering:

Aspekter att beakta inför beslut

Lika rätt. I vilken utsträckning tillgodoser handlingsalternativen alla människors lika rätt till god vård utan hänsyn till social- och ekonomisk ställning?

Vård på lika villkor. I vilken utsträckning innebär olika handlingsalternativ att människor får vård på olika villkor beroende på i vilken region de är bosatta?

Behovet. Hur starkt är det medicinska behovet i den aktuella situationen?

Direkta effekter. Vilken är den medicinska effekten av den kurativa eller förebyggande insatsen för individen?

Indirekta effekter. Har insatsen effekter för andra än vårdtagaren?

Dokumentationen. Hur väldokumenterade är effekterna i den mån de föreligger?

Risker. Innebär insatsen eller användandet av produkten sannolikhet för negativa komplikationer? För vem i så fall?

Kostnaden i relation till effekt. Vilken är kostnaden för insatsen, tjänsten eller produkten i relation till effekten? På kort respektive lång sikt?

Rådet betraktar denna lista med frågor som en förteckning över aspekter som bör beaktas i varje enskilt fall och som inte kan vägas samman på något mekaniskt sätt.

Slutsatser

Rådet anser

- att man bör ta ställning om med- och egenfinansiering efter granskning av varje enskild tjänst eller produkt var för sig.
- att medfinansiering i syfte att få/nå en högre vårdkvalitet inte är etiskt godtagbart.
- att den offentligt finansierade hälso- och sjukvården ska erbjuda produkter av tillräckligt hög kvalitet utifrån den enskilda individens behov när insatsen har en tydlig medicinsk nytta.
- att det kan vara försvarligt att erbjuda egenfinansiering till självkostnadspris inom den offentligt finansierade vården i vissa fall. Detta kan gälla enkla insatser som vissa vaccinationer, intyg och enklare ingrepp.
- att de aspekter och etiska utgångspunkter rådet använder i sin diskussion bör kunna användas av huvudmännen som stöd vid överväganden och beslut om med- eller egenfinansiering av vårdtjänst eller produkt.
- att det är angeläget att landstingen går mot en samsyn och harmonisering vad gäller beslut om med- och egenfinansiering av hälso- och sjukvårdsinsatser. Allt för stora skillnader mellan landstingen strider mot kravet på rättvisa och likavårdsprincipen i hälso- och sjukvårdslagen.
- att de kunskapsunderlag som SBU, Socialstyrelsen och TLV genererar är viktiga inför landstingens beslut om med- och egenfinansiering av insatser inom hälso- och sjukvården.

- att en utvidgning av TLV:s uppdrag till att även omfatta medicintekniska produkter är positivt, eftersom detta kan borga för att landstingen har ett mer gediget beslutsunderlag inför ställningstaganden om huruvida den medicintekniska produkten bör erbjudas inom den offentligt finansierade vården eller inte.

Huvudpunkter i sammandrag

1 Inledning

En hälso- och sjukvårdsinsats kan vara offentligt finansierad, medfinansierad eller helt egenfinansierad av patienten. Medfinansiering innebär att insatsen finansieras med både offentliga och privata medel – landstinget bekostar det som ingår i det offentliga utbudet, medan patienten har möjlighet att välja andra, dyrare och möjligen bättre tjänster, produkter eller hjälpmedel. Patienten betalar då mellanskillnaden. Vid egenfinansiering står patienten själv (ibland via försäkring) för hela kostnaden för den aktuella tjänsten, produkten eller hjälpmedlet.

- Syftet med denna rapport är att identifiera och klargöra de etiska aspekterna vad gäller frågan om medfinansiering i hälso- och sjukvården. Etiska aspekter på egenfinansiering berörs likaså eftersom frågorna är nära förknippade. Smer redovisar också de slutsatser som den etiska analysen leder fram till.
- Målet med rapporten är att stimulera till samhällelig diskussion samt att utgöra stöd inför huvudmännens överväganden och beslut om med- och egenfinansiering i den offentliga hälso- och sjukvården och i den vård som bedrivs av privata aktörer på uppdrag från landstingen.
- En ordnad diskussion av frågor kring med- och egenfinansiering förutsätter att utgångspunkterna, hälso- och sjukvårdens mål och grundläggande värderingar, redovisas. Sedan identifieras och beskrivs handlingsalternativen. Vilka är dessa handlingsalternativ? Vad vet man om risker och effekter för den aktuella gruppen eller individen? Vad vet man om kostnader i relation till effekter? Efter att ha redogjort för hur man ställer sig till olika handlingsalternativ (normativa aspekter) redovisas de slutsatser som kan dras.

2 Nuläget

2.1 Allmänt om hälso- och sjukvårdens finansiering i dag.

- Begränsningar i landstingens utbud av offentligt finansierade tjänster, produkter och hjälpmedel kan förekomma av olika skäl, t.ex. utifrån vad som är känt om de medicinska effekterna på gruppnivå.
- Vid egenfinansiering står patienten själv för hela kostnaden antingen direkt eller via försäkring. I denna rapport diskuteras bara kortfattat egenfinansiering i förhållande offentligt finansierad vård (vare den utförs av privata eller offentliga vårdgivare). Rapportens tyngdpunkt ligger på medfinansiering.
- Patientavgifter skulle kunna ses som en form av medfinansiering, men de diskuteras inte i denna rapport. Andelen patientavgifter i den svenska hälso- och sjukvården beräknas till 16,5 % av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Skulle patientavgifterna höjas skulle effekten kunna bli densamma som vid en del former av medfinansiering – vissa socioekonomiska grupper missgynnas och andra får möjlighet att köpa sig andra och möjligen bättre vårdinsatser.

2.2 Utvecklingstendenser inom hälso- och sjukvården

- Hur ersättningssystemen utformas skapar incitament för vårdens aktörer och påverkar deras beteende. Hälso- och sjukvården styrs nu allt mer med ekonomiska incitament och företags- och marknadsinriktningen ökar.
- Ett politiskt prioriterat område har varit att stärka patientens inflytande och delaktighet i hälso- och sjukvården samt att öka patientens valfrihet.
- Fler privata utförare och avskaffandet av vinstförbudet för dessa utförare har öppnat upp för en utveckling av tilläggstjänster inom ramen för offentligt finansierad hälso- och sjukvård.
- Även om folkhälsan i Sverige utvecklas positivt för befolkningen som helhet kvarstår stora skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper, och hälsoskillnaderna ökar. Flera initiativ och

satsningar har gjorts de senaste åren för att minska dessa skillnader i folkhälsa och för att alla ska ha samma tillgång till vård – oavsett bostadsort, social och ekonomisk status.

- Begränsningar av den offentliga vårdens utbud, bland annat utifrån vad som är medicinskt motiverat eller inte, kan innebära att en hälso- och sjukvårdsinsats med- eller egenfinansieras.

2.3 Med- och egenfinansiering i hälso- och sjukvården i dag

- Majoriteten av landstingen har inte aktivt tagit ställning till frågor kring medfinansiering i offentligt finansierad vård. Det finns dock exempel på landsting som har olika former av medfinansiering för utvalda insatser som hörhjälpmedel och avancerade linser vid gråstaroperation.

2.4 Internationell utblick

- I en internationell jämförelse har de nordiska länderna en låg andel egenfinansierad vård. I Finland är andelen patientavgifter relativt hög (22 %).
- Norge och Nederländerna har system för prioriteringar i offentligt finansierad respektive försäkringsfinansierad vård. I Danmark och Finland pågår ett utvecklingsarbete kring prioriteringar.
- Nederländerna har obligatorisk sjukvårdsförsäkring. Genom tilläggförsäkringar kan en person få tillgång till vissa tilläggs-tjänster.
- Det danska etiska rådet har ifrågasatt om brukarbetaling (i princip egenavgifter) är förenlig med den solidaritetsprincip som dansk hälso- och sjukvård vilar på.

3 Framtida finansiering och egenavgifter

3.1 Inledning och 3.2 Framtida finansiering

- I Sverige har frågor kring olika framtida finansieringslösningar för hälso- och sjukvården under senare år kommit att diskuteras allt mer, inte minst mot bakgrund av den snabbt växande andelen av äldre i samhället och den snabba tekniska utvecklingen. Nya former av med- och egenfinansiering har börjat tillämpas i några landsting.
- I detta avsnitt refereras en rad svenska rapporter som tar upp frågor kring med- och egenfinansiering. Av särskild relevans är (a) Studieförbundet Näringsliv och samhälles (SNS:s) rapport Läkemedel. När är det rimligt att betala själv (2013) som presenterar förslag till kriterier för egenfinansiering av läkemedel och (b) professor Anders Anells rapport Vilken ojämlikhet är mest rättvis? om medfinansiering i hälso- och sjukvården inom ramen för forskningsprogrammet Uppdrag välfärd (2014).

4 Reglering

4.1 Internationell rätt vad gäller rätten till hälsa

- I enlighet med folkrätten är Sverige bundet av ingångna internationella överenskommelser. Sverige ansvarar för att åtaganden vad gäller mänskliga rättigheter motsvaras av nationell lagstiftning eller görs till en del av den inhemska rätten. Rätten till hälsa betraktas som en av de grundläggande mänskliga rättigheterna och slås fast i ett flertal viktiga internationella överenskommelser och konventioner.
- Viktiga internationella regelverk är (a) FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, (b) en rad internationella konventioner som rör människors ekonomiska, sociala, politiska och kulturella rättigheter, (c) Världshälsoorganisationens (WHO:s) konstitution, (d) Europarådets konventioner och (e) EU:s stadgar om de grundläggande rättigheterna. Ett gemensamt tema för konventionerna och de andra internationella överenskommelserna är att rätten till bästa möjliga hälsa slås fast och att denna rätt gäller alla medborgare. Diskriminering ska inte förekomma.

4.2 Nationell rätt

- Den gällande lagstiftningen har varit utgångspunkten för Smers analys av med- och egenfinansieringsfrågorna. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) beskrivs hälso- och sjukvårdens mål. Där regleras också landstingens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård till dem som är bosatta inom landstingen. Lagen reglerar dessutom vårdgarantin och det fria vårdvalet. Från och med 2015 gäller patientlagen, vars syfte är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.
- Frågan om landstinget får erbjuda med- eller egenfinansierade vårdinsatser beror först och främst på om landstinget har skyldighet och rätt att utföra tjänsterna (dvs. landstingens ansvarsområden). Ledning får i första hand sökas i HSL och i andra hand i kommunallagen. Lagarna tillåter dock olika tolkningar i frågan om landstingen överhuvudtaget får erbjuda med- och egenfinansieringen eller inte. Men det är entydigt att de inte i vinstsyfte får bedriva med- eller egenfinansierade verksamheter.
- Kommuner och landsting har möjlighet att i avtal med privata utförare reglera förutsättningarna för valfrihetssystemet genom att ange särskilda sociala, miljömässiga och andra villkor för hur kontraktet ska fullgöras. De skulle kunna ställa krav på privata utförare att med offentlig finansiering enbart erbjuda vissa hälso- och sjukvårdsinsatser som landstinget bestämt och tillåta eller inte tillåta medfinansiering av en aktuell tjänst. Skulle avtalet inte medge medfinansiering får patienten själv betala för insatsen, dvs. egenfinansiera den.
- I detta avsnitt refereras även hur med- och egenfinansiering förhåller sig till den av riksdagen beslutade etiska plattformens tre prioriteringsprinciper. Denna diskussion återkommer under 5.2 nedan.
- Att stärka patientens inflytande och delaktighet i hälso- och sjukvården samt att öka patientens valfrihet har varit ett prioriterat område. Detta har resulterat i vårdvalssystem och möjlighet för patienten att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. Det har även lett till bestämmelser som ger patienten möjlighet att välja bland tillgängliga hjälpmedel samt den nya

patientlagen som förtydligar och utvidgar patientens rätt till information och som klargör huvudregeln att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke.

5 Mål och etiska utgångspunkter

5.1 Inledning och 5.2 Prioriteringsplattformen

- Viktiga mål för hälso- och sjukvården formuleras i hälso- och sjukvårdslagen och i den av riksdagen beslutade etiska plattformen. Det övergripande målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Målen kan även kort beskrivas på följande sätt; att bekämpa sjukdom, återställa, bevara och förbättra hälsa och hälsorelaterad livskvalitet, och förebygga ohälsa. Det är angeläget att diskussionen om med- och egenfinansiering relateras till medicinen och sjukvårdens mål, och att dessa tydliggörs.
- Vid prioritering av hälso- och sjukvårdens resurser ska tre etiska grundprinciper tillämpas.
- Människovärdesprincipen innebär att alla människor har samma rättigheter och de ska ha samma rätt att få sina rättigheter tillgodosedda. I detta avseende är ingen förmer än någon annan.
- Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att hälso- och sjukvårdens resurser ska fördelas efter tillståndens svårighetsgrad, dvs. efter det individuella behovet. Behov är något annat än efterfrågan.
- Enligt kostnadseffektivitetsprincipen bör man vid val mellan olika verksamhetsområden eller insatser eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet.
- Enligt den av riksdagen beslutade etiska plattformen ska människovärdesprincipen tillämpas först, sedan behovs- och solidaritetsprincipen och till sist kostnadseffektivitetsprincipen.
- Prioriteringsprinciperna ligger till grund för bland annat Socialstyrelsens nationella riktlinjer för de stora sjukdomsområdena. Ett av kriterierna för vård av god kvalitet är att den ska vara rättvist fördelad.

5.3 Specifika etiska utgångspunkter

- Begreppet människovärde kan tolkas på flera olika sätt. I frågor kring med- och egenfinansiering är "likarättstolkningen" den mest relevanta; den innebär att alla människor har samma värde och samma rättigheter, oberoende av social och ekonomisk ställning i samhället.
- Den grundläggande idén i kravet på rättvisa är att lika ska behandlas lika. Därför är det omoraliskt att särbehandla vissa grupper om det inte finns etiskt relevanta skillnader dem emellan. Detta har också stöd i hälso- och sjukvårdslagen.
- Integritet är nära sammankopplat med identitet. Varje människa är unik och att det är just det som gör att människans identitet också blir viktig. Det som utmärker integriteten är att den inte upphör för att man själv inte förmår hävda den.
- Autonomi (självbestämmande) innebär att var och en har rätt att bestämma över sitt eget liv i enlighet med sin egen uppfattning om vad som är ett gott liv. Man ska ha möjlighet att leva i enlighet med sina egna värderingar och grundläggande önskemål. För att kunna utöva självbestämmande måste man vara väl informerad.

6 Etiska aspekter och värdekonflikter

6.1 Inledning och 6.2 Allmänt om det etiska huvuddilemmat

- Medfinansiering inom hälso- och sjukvård aktualiserar följande etiska huvuddilemma: Å ena sidan kan patienter som har råd köpa hälso- och sjukvårdsinsatser och på detta sätt i en del fall höja sin vårdkvalitet. Å andra sidan finns risk för en utveckling mot vård på ojämlika villkor, vilket skulle stå i strid med människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen i Hälso- och sjukvårdslagen.
- Egenfinansiering av vård aktualiserar samma etiska huvudkonflikt men berör främst insatser som har bedömts stå utanför den offentligt finansierade vården. Anledningen kan vara att det saknas medicinsk indikation eller att man i den offentligt finansierade vården prioriterar ner vissa insatser genom utbudsbegränsningar.

6.3 Konflikter mellan skilda etiska värden

- Etiska problem förutsätter konflikter mellan värden. Diskussionen om egen- och medfinansiering aktualiserar konflikter mellan grundläggande värden som rättvisa, solidaritet, trygghet och frihet. Etiska konflikter kan finnas på individ-, grupp-, organisations- och myndighetsnivå. Konflikter kan förekomma både inom och mellan de olika nivåerna.
- Satsning på att maximera nyttan för samhället eller för majoriteten av invånare/ medborgare kan komma i konflikt med allas lika rättigheter och värde; minoriteter eller individer kan komma i kläm. Det kan också finnas en potentiell konflikt mellan t.ex. kostnadseffektivitet och solidaritet.
- Om de medicinska effekterna av en insats är betydande uppstår en tydlig orättvisa om betalningsförmågan avgör vem som ska få behandling eller inte. Om effektskillnaderna däremot saknas eller är triviala (t.ex. vid byte av ett generiskt läkemedel mot ett originalpreparat) blir medfinansiering mindre problematiskt ur etisk synpunkt.

6.4 Etiskt relevanta skillnader mellan olika effekter av egen- och medfinansiering

- För att bedöma olika former av egen- och medfinansiering, kunna värdera argumenten för och emot och ta ställning är det av stor betydelse att identifiera vilka etiskt relevanta skillnader det kan finnas.

7 Argument och aspekter att beakta

7.1 Inledning och 7.2 Olika typer av argument

- Autonomiargument kan tolkas på flera sätt: en persons uttryckta åsikter ska respekteras, möjligheterna att bilda sig en egen uppfattning ska främjas, och vården ska ta hänsyn till personens åsikter och önskemål. Detta argument skulle tala för medfinansiering. Individuell autonomi kan också innebära att man tar hänsyn till individens speciella situation. Studier av

insatser och effekter ger en genomsnittlig bild av effekter i en viss population. Inom denna kan det finnas ganska stora variationer. Detta bör man ta hänsyn till i motet mellan vårdpersonal och patient.

- Utifrån rättviseargument bör man inte kunna köpa sig till vård av bättre kvalitet. Medfinansiering av vårdinsatser med väl dokumenterad medicinsk nytta är inte etiskt godtagbar, särskilt om det innebär att den offentliga vårdens resurser tas i anspråk för att tillgodose personer med mindre starka behov på bekostnad av dem som har starkare behov.
- Det finns medicinska argument kring med- och egenfinansiering som gäller hälsa och livskvalitet på individnivå och på befolkningsnivå.
- Ekonomiska argument gäller kostnader, intäkter, relationer mellan utbud och efterfrågan på kort och lång sikt. Här är det viktigt att precisera vilka och vems kostnader och intäkter som tas upp och hur de beräknas.
- Samhällsargument innebär att man tar hänsyn till inte bara effekter på hälsa och livskvalitet utan även till andra övriga positiva och negativa effekter, inklusive såväl direkta som indirekta kostnader och intäkter, påverkan på produktionsbortfall liksom effekter på framtida konsumtion.
- Juridiska argument kompliceras av att regelverket är komplext och innehåller både det som kallas "hard law" (lagar beslutade av riksdagen till vilka sanktioner är knutna) och "soft law" (internationella konventioner, deklARATIONER och professionella riktlinjer). Det krävs juridisk expertis för att man inte ska gå vilse.
- Psykologiska argument hänvisar till psykologiska effekter hos patienter, anhöriga eller vårdpersonal, liksom till hur förtroendet för vården påverkas genom med- eller egenfinansiering.

8 Analys av några exempel på med- och egenfinansiering

8.1 Medfinansiering

- Speciallinser. Vid gråstaroperation kan den grumlade linsen ersättas med en speciellins som inte bara ger en klar syn utan samtidigt korrigerar brytningsfel och på så sätt ersätter glasögon. I fyra landsting kan man i dag välja att få en sådan mer avancerad lins genom att betala mellanskillnaden mot vanlig lins, dvs. medfinansiering. Rådet redovisar detaljerat de olika argumenten. Vid en sammanvägd etisk bedömning finner rådet att argumenten mot medfinansiering av speciellinser vid operation av gråstarr väger tyngre än argumenten för medfinansiering. Genom att patienten kan välja att själv betala hela kostnaden (egenfinansiering) finns möjligheten till självbestämmande kvar.
- Hörhjälpmedel (hörapparater). I dag finns det i huvudsak tre olika former av hörselvårdsmodeller i Sverige: (a) landstingsdriven hörselvård, (b) hörselvård med vårdval men utan hörselcheck samt (c) hörselvård med vårdval och hörselcheck. Hörselcheck innebär att patienten får ersättning motsvarande kostnaden för ett basutbud av hörhjälpmedel. Mellanskillnaden mot ett dyrare hjälpmedel betalas av patienten, dvs. medfinansieras. Detta system har mött hård kritik, främst från Hörselskadades Riksförbund. Efter en genomgång av argumenten finner rådet att medfinansiering av hörapparater inte är etiskt godtagbar utifrån principen om vård på lika villkor. Vid vårdval inom området hörhjälpmedel är, ur etisk synpunkt, systemet utan medfinansiering att föredra.

8.2 Exempel på egenfinansiering

- I detta avsnitt ger vi sex exempel från skilda delar av hälso- och sjukvården vilka i dag oftast egenfinansieras. Varje exempel kommenteras utifrån argument för egenfinansiering. I några av exemplen redovisas också etiska argument som kan anföras mot egenfinansiering. Exempelen gäller åderbråcksoperation av kosmetiska skäl, nya cancerläkemedel, assisterad befruktning utöver vad landstingen erbjuder, vissa former av fosterdiagnostik, vaccination mot TBE samt psykoterapi.

8.3 Exempel på andra områden där med- och egenfinansiering diskuteras

- De få exempel som redovisas här rör medfinansiering som i dag existerar (utbyte av generika- mot originalläkemedel) och frågor som kommit i upp i den allmänna debatten (eget rum och bättre mat på sjukhus). Dessutom förs en diskussion kring hur hjälpmedel för funktionshindrade i dag finansieras, detta utifrån en rapport 2012 från Hjälpmedelsinstitutet.

9 Överväganden och ställningstaganden

9.1 Inledning och 9.2 Medfinansiering

- Det främsta argumentet för att införa medfinansiering är att patientens valmöjligheter ökar genom att hon får möjlighet att välja även produkter och tjänster som ligger utanför det som erbjuds inom den offentligt finansierade vården, även om hon då själv får bekosta mellanskillnaden.
- Rådet menar dock att det utifrån ett etiskt perspektiv finns fler argument som talar emot medfinansieringsmodeller i hälso- och sjukvården än som talar för. Mot medfinansiering finns såväl principiella rättviseargument som argument som berör risker och icke-önskvärda konsekvenser mot medfinansiering.
- Enligt rådets tolkning strider medfinansiering mot intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen och den etiska plattformen för prioriteringsbeslut. Att köpa sig till en bättre vårdkvalitet och tillgänglighet inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården är inte förenligt med principen om vård på lika villkor. Även om dagens regelverk inte funnits, hade förslagen att införa olika former av medfinansiering stött på betydande etiska problem.
- Ett införande av medfinansiering inom ramen för den offentligt finansierade vården kan komma att påverka dels värdegrunden för hälso- och sjukvården – att vård ska ges på lika villkor efter behov, dels att konsekvenserna av ett införande på sikt kan riskera att leda till en offentlig hälso- och sjukvård som enbart garanterar en basnivå. Det vill säga att man gradvis frångår tanken om en vård av hög kvalitet till alla.

- Att öppna möjligheter till medfinansiering riskerar att leda till en ökad grad av ojämlikhet i hälsa.
- Medfinansiering av hälso- och sjukvårdsinsatser kan skapa undanträngningseffekter vilket i så fall drabbar andra och således innebär att behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnads-effektivitetsprincipen inte kan upprätthållas.
- Tilliten och förtroendet för den offentligt finansierade vården riskerar att minska om patienten inte i första hand är patient, utan behandlas som kund, och man efterfrågar betalningsförmåga och betalningsvilja i samband med undersökning och behovsbedömning.
- Om patienten erbjuds särskilda insatser till medfinansiering inom ramen för den offentligt finansierade vården kan detta också ge en signal om att det ordinarie sortimentet inte är gott nog. Det finns en risk att betalningsviljan undergrävs för den skattefinansierade gemensamma vården.
- Utifrån etisk synvinkel ska patienten behandlas och bemötas utifrån sitt individuella vårdbehov och inte utifrån betalningsförmåga. Patienten har rätt att vara delaktig i de vård- och behandlingsbeslut som rör henne och bör ha möjlighet att välja bland likvärdiga vårdinsatser.
- Om patienten önskar insatser utanför landstingets utbud bör detta enligt rådets mening egenfinansieras.

9.3 Egenfinansiering

- I sin genomgång och diskussion har rådet funnit att det inte alltid är tydligt varför och på vilka grunder en hälso- och sjukvårdsinsats erbjuds till egenfinansiering.
- Egenfinansiering är i princip oproblematiskt, utom om patientnyttan är stor och väldokumenterad – och/eller det leder till undanträngningseffekter så att andra patienter/individer drabbas negativt. Sådana undanträngningseffekter ska tas på allvar när det gäller egenfinansiering. Det är inte lätt att helt undvika sådana.

- Det är rimligt att vissa enklare typer av hälso- och sjukvårdsinsatser som ligger utanför det offentliga åtagandet, som i dag, bör kunna erbjudas till självkostnadspris inom ramen för den offentliga sjukvården. Detta blir särskilt aktuellt i de delar av landet där avstånden till privata vårdalternativ är långa.

9.4 Skillnader i beslut och tillämpning mellan landstingen vad gäller med- och egenfinansiering

- Rådet anser att alltför stora skillnader mellan landstingen beträffande nivån på patientavgifter, medfinansiering och vad som erbjuds till egenfinansiering i strider mot portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen – en vård på lika villkor efter behov.

9.5 Aspekter att beakta inför avgöranden om med- och egenfinansiering (beslutsstöd)

- Rådet har arbetat fram aspekter/frågor som bör vara vägledande inför bedömning av om en vårdtjänst eller produkt skulle kunna erbjudas till med- eller egenfinansiering:
- När de aspekter som formulerats ska tillämpas på beslut i konkreta fall bör man först urskilja om frågan gäller egenfinansiering eller medfinansiering samt vilken typ av hälso- och sjukvårdsinsats som avses.
- Därefter identifierar man vilka värdekonflikter som står på spel samt vilka argument som talar för respektive emot att erbjuda tjänsten som med-, alternativt egenfinansiering. Man bör bedöma dels nuläge och trender (empiriska undersökningar och belägg krävs), dels vilka aspekter man anser väsentliga att beakta vid beslutsfattandet. Dessa aspekter vilar i grunden på värderande antaganden om hälso- och sjukvårdens uppgift och mål.
- Det är lämpligt att utgå från ett antal centrala frågor, vilka kan besvaras med ja, nej eller oklart (om underlag saknas för att med rimlig säkerhet ta ställning) och sedan med utgångspunkt från svaren tar ställning. Nedanstående aspekter bör beaktas och kan användas som beslutsstöd. Rådet betonar att aspekterna inte ska vägas samman på något mekaniskt sätt. De kan graderas och

alltså vara uppfyllda i större eller mindre grad, vilket också försvårar en mekanisk tillämpning.

- *Lika rätt.* I vilken utsträckning tillgodoser handlingsalternativen alla människors lika rätt till god vård utan hänsyn till social- och ekonomisk ställning?
- *Vård på lika villkor.* I vilken utsträckning innebär olika handlingsalternativ att människor får vård på olika villkor beroende på i vilken region de är bosatta?
- *Behov.* Hur starkt är det medicinska behovet i den aktuella situationen?
- *Direkta effekter.* Vilken är den medicinska effekten av den kurativa eller förebyggande insatsen för individen?
- *Indirekta effekter.* Har insatsen effekter för andra än vårdtagaren?
- *Dokumentation.* Hur väldokumenterade är effekterna i den mån de föreligger?
- *Risker.* Innebär insatsen eller användandet av produkten sannolikhet för negativa komplikationer? För vem i så fall?
- *Kostnad i relation till effekt.* Vilken är kostnaden för insatsen, tjänsten eller produkten i relation till effekten? På kort respektive lång sikt?
- Landstingen har enligt gällande regelverk frihet att fatta beslut när det gäller deras utbud av offentlig vård. Hänsyn kan tas till lokala förutsättningar, tillgång till utrustning och kompetens. Om och när detta sker, väger man också in andra värderingar än de etiska. Sådana avsteg kräver en ordentlig analys av de etiska konsekvenserna.

9.6 Sammanfattande diskussion och slutsatser

- I detta avsnitt sammanfattas argumenten bakom Smers ställningstagande mot medfinansiering. Rådet diskuterar också om man med olika styr- och kontrollmekanismer för medfinansiering skulle kunna bemästra de etiska problemen, men ser inga sådana uppenbara lösningar.

Rådets slutsatser är:

- att man bör ta ställning om med- och egenfinansiering efter granskning av varje enskild tjänst eller produkt var för sig.
- att medfinansiering i syfte att få/nå en högre vårdkvalitet inte är etiskt godtagbart.
- att den offentligt finansierade hälso- och sjukvården ska erbjuda produkter av tillräckligt hög kvalitet utifrån den enskilda individens behov när insatsen har en tydlig medicinsk nytta.
- att det kan vara försvarligt att erbjuda egenfinansiering till självkostnadspris inom den offentligt finansierade vården. Detta kan gälla enkla insatser som vissa vaccinationer, intyg och enklare ingrepp utan tydliga medicinska effekter.
- att de aspekter och etiska utgångspunkter rådet använder i sin diskussion bör kunna användas av huvudmännen som stöd vid överväganden och beslut om med- eller egenfinansiering av vårdtjänst eller produkt.
- att det är angeläget att landstingen går mot en samsyn och harmonisering vad gäller beslut om med- och egenfinansiering av hälso- och sjukvårdsinsatser. Allt för stora skillnader mellan landstingen strider mot kravet på rättvisa och likavårdsprincipen i hälso- och sjukvårdslagen.
- att de kunskapsunderlag som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Socialstyrelsen och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) genererar är viktiga inför landstingens beslut om med- och egenfinansiering av insatser inom hälso- och sjukvården.
- att en utvidgning av TLV:s uppdrag till att även omfatta medicintekniska produkter är positivt, eftersom detta kan borga för att landstingen har ett mer gediget beslutsunderlag inför ställningstaganden om huruvida den medicintekniska produkten bör erbjudas inom den offentligt finansierade vården eller inte.

1 Inledning

Egen- och medfinansiering av insatser i hälso- och sjukvården är en komplex fråga som berör frågan om gränsdragningar till det offentliga ansvaret och åtagandet. Hur kan dessa gränsdragningar ske på ett etiskt godtagbart sätt utan att det står i strid med målet för hälso- och sjukvården – ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”?

Viss efterfrågad hälso- och sjukvård tillgodoses inte inom ramen för den offentligt finansierade vården. I flera landsting betalar man för vissa behandlingar eller operationer själv. Exempel på egenfinansierade hälso- och sjukvårdsinsatser som betalas direkt av patienten är vissa åderbråcksoperationer, vissa bröstoperationer, kosmetiska operationer, vissa hälsoundersökningar och en del vaccinationer. Flertalet exempel tillhör kategorin ”icke medicinskt motiverad” hälso- och sjukvård eller så tangerar de friskvård. Icke medicinskt motiverad omskärelse av små pojkar är ett annat exempel på åtgärd som erbjuds till egenfinansiering i vissa landsting, men det finns även landsting som inte utför (icke medicinskt motiverad) omskärelse.¹ Även vissa hälso- och sjukvårdsinsatser där det föreligger ett behov, men där landstinget beslutat om begränsningar i omfattningen av det offentliga åtagandet erbjuds till egenfinansiering. Det gäller till exempel vissa behandlingar inom assisterad befruktning utöver det utbud som finansieras av landstingen.

De senaste åren har en ny form av medfinansiering introducerats i hälso- och sjukvården i ett fåtal landsting. Patienten kan i dessa fall välja en dyrare produkt i samband med behandling inom den offentligt finansierade vården och då själv stå för merkostna-

¹ Rådet har tidigare diskuterat etiska problem rörande omskärelse av pojkar, bland annat i: *Remissyttrande – Socialdepartementet över förslag till omskärelse av pojkar (Ds 2000:5)*. Våren 2009 gick Sveriges kommuner och landsting ut med en rekommendation om att alla landsting bör erbjuda omskärelse av pojkar, även där den inte är medicinskt motiverad.

den. I till exempel Region Skåne och Stockholms läns landsting, har patienten möjlighet att välja hörapparater utanför de offentligt finansierade modellerna, genom s.k. fritt val hörapparat. Förutsättningen är att patienten själv betalar mellanskillnaden om kostnaden överstiger den s.k. hörapparatschecken. I samband med gråstarr-operation finns det i några landsting möjlighet att mot medfinansiering från patienten sätta in dyrare, mer avancerade linser (multifokala och toriska linser) som även korrigerar brytningsfel. Patienten kan i dessa landsting själv välja vilken lins som ska opereras in. Landstinget står för grundkostnaden (ingrepp + standardlins) och patienten betalar den summa som tillkommer (mellan 10 000 kronor och 22 500 kronor per öga). Är detta förenligt med Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf att vård ska erbjudas på lika villkor?

Synen på medfinansiering och egenfinansiering varierar beroende på behandling eller produkt. Olika typer av etiska aspekter aktualiseras beroende på vilken typ av hälso- och sjukvårdsinsats som erbjuds till med- eller egenfinansiering. Det har gjorts varierande bedömningar i skilda landsting.

Flera faktorer har bidragit till att skapa intresse för med- och egenfinansiering i vården. Den övergripande frågan handlar om hälso- och sjukvårdens framtida finansiering och organisering. Andra faktorer som bidragit till ett ökat intresse för med- och egenfinansiering i vården är upphävandet av den s.k. stopplagen (dvs. inget förbud mot vinster i vården) och ett stigande antal privata vinstdrivande utförare av offentligt finansierad vård. Detta har lett till ett intresse av att erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser utöver det offentligt finansierade utbudet liksom närliggande tjänster som inte är hälso- och sjukvård. Andra faktorer är ökade inkomster hos många människor, ett större fokus på patientinflytande och individens rätt till självbestämmande samt, att individen har gått från att vara patient till kund i vården. Vi har även en utveckling mot ett utpräglat marknadstänkande i vården där införandet av managementmodeller som New public management (NPM) påverkar hälso- och sjukvården i en riktning mot att ge vård framförallt utifrån kostnadseffektivitet. I marknadstänkandet blir relationerna mellan utbud och efterfrågan central. Om efterfrågan snarare än behov ska styra vårdens resurser, och med- och egenfinansiering av vissa produkter och vårdtjänster börjar erbjudas och efterfrågas, aktualiseras frågan om vilka värdekonflikter som

kan uppkomma och hur dessa ska hanteras i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Syfte och mål med rapporten

Smer har till särskild uppgift att bevaka tendenser inom medicin och sjukvård som på sikt kan undergräva respekten för människovärdet. Av detta skäl är frågan om hur man etiskt bör förhålla sig till medfinansiering inom den offentligt finansierade vården ett problem som Smer har anledning att diskutera. Vårdens finansieringsformer rör värdegrundsfrågor inom hälso- och sjukvården och aktualiserar principiella frågor om rättvisa, jämlikhet, vård efter behov samt självbestämmande.

Syftet med denna rapport är att identifiera och klargöra de etiska aspekterna vad gäller frågan om medfinansiering i hälso- och sjukvården. Etiska aspekter på egenfinansiering berörs likaså eftersom frågorna är nära förknippade.

Smer ger i denna rapport utifrån en etisk synvinkel ett underlag för ställningstaganden i frågor om medfinansiering genom:

- att belysa i vilken utsträckning olika former av medfinansiering är förenliga med prioriteringsplattformen och hälso- och sjukvårdslagen, HSL, patientlagen samt riktlinjer och föreskrifter från Socialstyrelsen;
- att redovisa argument för och emot medfinansiering samt presentera och diskutera kritiska synpunkter på dessa argument;
- att problematisera vissa antaganden och viss praxis för att klargöra var gränserna bör gå när det gäller med- och egenfinansiering;
- att ta fram en lista på aspekter, som beslutsfattare bör beakta – både för att komma fram till ett beslut och för att motivera sina ställningstaganden i frågor om med- och egenfinansiering i hälso- och sjukvården.

Smer har återkommande diskuterat frågor relaterade till prioriteringar inom hälso- och sjukvården. I en skrivelse 2009 analyserade rådet Prioriteringscentrums kartläggning av prioriteringsarbetet i hälso- och sjukvården och dess förslag till reviderad etisk platt-

form. Rådet försvarade i skrivelsen bl.a. den hierarkiska ordningen i den nu gällande etiska plattformen för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården antagen av Riksdagen 1997. I skrivelsen lyfte rådet även fram vikten av att i ett framtida lämpligt sammanhang utreda en vidare tillämpning av kostnadseffektivitetsprincipen och avgränsningar för det offentliga åtagandet. Denna rapport är en fortsättning på rådets tidigare arbete med syfte att utgöra underlag för samhällelig diskussion och inför fortsatt beredning av dessa svåra och viktiga frågor.

Disposition och rapportens struktur

Smer är ett råd bestående av enskilda medlemmar med delvis skilda värderingar och som har till uppgift att analysera etiskt svåra frågor i syfte att ge rekommendationer. Att metodiskt angripa och analysera ett stort frågekomplex utifrån en tydlig modell bäddar för en grundlig bearbetning och analys av frågorna utifrån olika perspektiv.

I arbetet med denna rapport har en modell för mål- och hinderanalys varit vägledande och utgör den övergripande strukturen.

De centrala begreppen i modellen är följande:

1. Nuläget: var befinner vi oss?
2. Vilka är målen? Vart vill vi komma, vad vill vi undvika?
3. Vilka hinder finns på vägen?
4. Vad kan och bör vi göra åt dem?

Vid beskrivning av nuläget – som är starten vid all form av beredning spelar värderingar en stor roll liksom gällande regelverk och tendenser i dagens sjukvård. Nuläget kan beskrivas på flera olika sätt, vilket hänger samman med vilka mål och underliggande grundvärderingar som är styrande. Nuläget beskrivs i rapportens deskriptiva del, som innefattar en översikt över situationen i dag samt en internationell utblick. I avsnitten om aktuella projekt och rapporter ges exempel på andra arbeten med relevans för frågan.

Inför analysen av helheten och respektive delfråga har rådet identifierat och diskuterat vilka mål/grundläggande värderingar som föreligger i dag inom hälso- och sjukvården, värderat dem och

sedan i den fortsatta analysen utgått från dessa mål som rådet som helhet är överens om. Målen och de grundläggande värderingarna finns beskrivna i avsnitten *Mål och etiska utgångspunkter* där målen för hälso- och sjukvården beskrivs liksom grundläggande etiska utgångspunkter. Vad vill vi uppnå? Vad vill vi undvika?

Rådets analys och argumentation presenteras under avsnitten *Argument och aspekter att beakta* samt *Analys av några exempel på med- och egenfinansiering*, motivering och rekommendationer presenteras i avsnittet *Överväganden och ställningstaganden*.

2 Nuläget

2.1 Allmänt om sjukvårdens finansiering i dag

Den svenska modellen kännetecknas av en offentligt finansierad hälso- och sjukvård som innefattar hela befolkningen och som finansieras genom allmänna skatter. Enbart en liten del av vårdtjänsterna finansieras genom privata vårdförsäkringar, vilket beräknas utgöra knappt en procent av de totala vårdkostnaderna.¹

Landstingen finansierar vårdsektorn genom lokala skatter och staten gör överföringar genom statsbidrag. Landstingen har stor frihet i hur de ska finansiera vården inom respektive landsting.²

Den privata finansieringen utgör cirka 18,3 % av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige.³ I jämförelse med andra länder i Europa har Sverige procentuellt sett ungefär lika stor andel privatfinansierad hälso- och sjukvård i termer av patientavgifter. Vissa länder har lägre andel än Sverige t.ex. Nederländerna och Storbritannien.⁴

2.1.1 Dagens avgiftssystem inom hälso- och sjukvården

Patientavgifter förekommer inom en rad områden i hälso- och sjukvården.⁵ Andelen patientavgifter i den svenska hälso- och sjukvården beräknas till 16,5 % av de totala hälso- och sjukvårds-

¹ Svensk försäkring, 2013.

² Iversen, 2011.

³ World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository, Sweden statistics summary (2002 – present.)

⁴ Iversen, 2011.

⁵ Patientavgifter kan i sig ses som en form av medfinansiering av vård, i rådets rapport diskuterar vi dock medfinansiering bortsett från patientavgifter.

kostnaderna.⁶ Avgifterna varierar kraftigt mellan olika delar av sjukvården. Avgiftsandelen inom tandvården uppskattas till cirka 60 % av totalkostnaderna och för receptbelagda läkemedel är andelen cirka 22–23 %. Patientavgifterna för öppenvården täcker enbart cirka 2 % av landstingets totala nettokostnader (exklusive tandvård och läkemedel), men 13–14 % av kostnaderna för öppen vård.⁷

Man brukar urskilja följande syften med avgifter i hälso- och sjukvården, utöver att bidra till finansieringen:

- att inom den öppna hälso- och sjukvården styra patienterna till rätt vårdnivå,
- att öka kostnadsmedvetandet hos befolkningen,
- att begränsa vårdefterfrågan och därmed kostnaderna, och
- att bidra till finansieringen av vårdkostnaderna.⁸

I Sverige, liksom i andra jämförbara länder spelar avgifterna generellt sett en relativt begränsad roll som finansieringskälla. Frågan om avgifter i vården är dock inte okontroversiell.⁹

Avgiftsnivåer för olika insatser aktualiserar värdekonflikter. Vissa menar att det är orättvist med patientavgifter eftersom det alltid finns en risk att någon avstår vård trots att behov av vård föreligger. Risken för ojämlikheter p.g.a. avgifter är motivet till att vi i Sverige i stort sett inte har några patientavgifter för barn och ungdomar samt inom mödra- och förlossningsvården. Ett annat exempel är att Landstinget i Kalmar län nyligen infört slopade patientavgifter för individer över 85 år. Denna rapport problematiserar och analyserar dock inte frågan om patientavgifter generellt, utan är avgränsad till att främst diskutera den nya formen av medfinansiering enligt tidigare angiven definition.

Flera undersökningar har de senaste årtiondena visat att det finns ett betydande antal personer som avstår från vård av ekonomiska skäl. Statistiska centralbyråns undersökningar om

⁶ OECD Health Statistics (2014). (Svenska data 2012).

⁷ SOU 2012:2, s. 25 och 99.

⁸ Ibid, s. 26.

⁹ Ibid, s. 27.

hushållens ekonomi, anger cirka 1-2 % av befolkningen i Sverige att de avstått sjukvård och läkemedel av ekonomiska skäl.¹⁰

Patientavgifter kan innebära ett hinder för att söka och få den vård eller de läkemedel patienten skulle behöva, vilket är mera påtagligt i lägre inkomstgrupper.¹¹

Nedan redogörs för några av de viktigaste avgifterna.

Avgifter inom öppen- och slutenvård

Patientavgifter inom den öppna hälso- och sjukvården betalas upp till det att högkostnadsskyddet träder in. Högkostnadsskyddet är sedan den 1 januari 2013 indexerat. Patienterna betalar f.n. maximalt 1 100 kronor/tolv månadersperiod.

I den slutna vården betalas en avgift per vårddygn. Även denna avgift är numera indexerad och den högsta avgiften är f.n. 100 kronor per vårddag. Avgiften betraktas inte som en ren vårdavgift, utan ses mer som en avgift för att täcka kostnader för mat, tvätt etc. under en sjukhusvistelse.

Avgifter för läkemedel

Läkemedelsförmånen som gäller inom den öppna hälso- och sjukvården är konstruerad så att patienten, under en tolv månadersperiod, får sin totala läkemedelskostnad stegvis reducerad enligt en trappstegsmodell, den s.k. förmånstrappan. Modellen, som även den är indexerad, är utformad så att egenavgiften f.n. som mest uppgår till 2 200 kronor per tolv månadersperiod. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar om vilka läkemedel som ska omfattas av subventionen. För läkemedel i öppen vård som inte omfattas av subventionen, får patienten i regel betala hela kostnaden själv.

¹⁰ SOU 2012:2 s. 69 ff.

¹¹ Centrum för Folkhälsa, 2007.

Avgifter inom tandvården

Högekostnadsskyddet inom tandvårdsstödet skiljer sig från övriga högekostnadsskydd inom hälso- och sjukvården, bl.a. genom att det inte finns några fasta priser för åtgärderna inom tandvården utan varje vårdgivare bestämmer själv priset. I stället finns det för varje åtgärd som ingår i högekostnadsskyddet ett referenspris som ersättningen i högekostnadsskyddet beräknas utifrån. Patienten betalar själv för tandvård som har ett referenspris på upp till 3 000 kronor. Därefter inträder olika subventionsnivåer. TLV beslutar om vilka tandvårdsåtgärder som ska ingå i högekostnadsskyddet. Myndigheten bestämmer också referenspriset.

Vid sidan av högekostnadsskyddet består tandvårdsstödet av ett allmänt tandvårdsbidrag och ett särskilt tandvårdsbidrag. Det allmänna tandvårdsbidraget ska uppmuntra vuxna att regelbundet besöka tandläkare för undersökning och förebyggande vård. Bidraget är antingen 150 eller 300 kronor per år beroende på patientens ålder.

Det särskilda tandvårdsbidraget ska ge stöd till förebyggande vård till patienter som p.g.a. vissa sjukdomar eller funktionshinder löper ökad risk att få problem med tänderna. Bidrag utgår med 600 kronor/halvår. Personer med sjukdomar och funktionsnedsättningar som är så allvarliga för tandhälsan att deras negativa effekter inte kan förhindras enbart med förebyggande tandvård kan, efter prövning hos landstinget, få tandvård till motsvarande avgifter som gäller inom den öppna hälso- och sjukvården.

Avgifter för tekniska hjälpmedel

Avgifter för hjälpmedel förekommer i samtliga landsting och inom alla hjälpmedelsområden. De avgifter som tas ut är bland annat besöks-, egen-, service- och utprovningssavgifter, hyra, avgifter för förbrukningsmaterial, månadsavgifter och årsavgifter. Avgifterna varierar mellan olika landsting. Några landsting har högekostnadsskydd för hjälpmedel.¹²

När det gäller avgiftsnivåerna för hörhjälpmedel så varierar de starkt mellan landstingen, både vad gäller avgiftsnivå och vilka typer av avgifter som tas ut för besöks-, utprovnings- och hörapparatsavgift. I 19 av de 21 landstingen finns det i dag olika hör-

¹² SOU 2012:2, s. 40.

apparatsavgifter, utöver de ordinarie besöksavgifterna. Skillnaderna i patientavgift skiljer sig från några hundra till flera tusen kronor. Enbart fyra landsting har infört regionala högkostnadsskydd för hjälpmedel. Tre landsting har särskilda tilläggsavgifter för hörapparater och har infört kostnadstak på cirka 3 000 kronor per hörapparat. Kostnader därutöver får den enskilda själv betala. Enligt Hörselskadades Riksförbund, HRF; innebär detta oftast att de hörselskadade som har det största behovet belastas med dessa kostnader (vilka kan ses som en form av medfinansiering).¹³ Två landsting har infört fritt val av hörapparat. Där kan patienten genom medfinansiering välja produkt utanför det landstingsfinansierade utbudet. Mer om detta i avsnitt 3.5 och 9.1.3.

2.1.2 Privata sjukvårdsförsäkringar

I dag har cirka 5 % av alla personer i Sverige en privat hälso- och sjukvårdsförsäkring. Omfattningen av de privata sjukvårdsförsäkringarna har under de senaste åren ökat med cirka 7–8 % per år. De privata försäkringarna antas ändå inte svara för mer än 0,2 % av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Motivet för dessa försäkringar är att få snabb tillgång till specialistvård och fungerar i första hand som ett komplement till den offentliga hälso- och sjukvården.¹⁴¹⁵

2.1.3 Andelen offentliga respektive privata utförare av hälso- och sjukvård

Under 2012 köpte landstingen strax över 15 % av vårdverksamheten från privata företag, och nästan 8 % av verksamheten från andra offentliga aktörer (landsting eller landstingsägda företag). Sammanlagt var landstingens köp av verksamhet ungefär 23 %, eller 52 miljarder kronor.¹⁶

¹³ HRF 2014.

¹⁴ SOU 2012:2, s. 99.

¹⁵ Avgifter för privatförsäkring ses i denna rapport som en form av egenfinansiering och inte som medfinansiering.

¹⁶ Sveriges Kommuner och Landsting. Köp av verksamhet – kommuner, landsting och regioner 2006–2013. 2014.

Köp av verksamhet innebär att det ansvariga landstinget köper tjänster från en annan aktör. Det innebär att landstinget finansierar verksamheten men att en annan aktör utför tjänsten. Annan aktör kan till exempel vara ett privat företag. Det kan också vara en offentlig aktör, till exempel ett landstingsägt bolag, kommunalförbund eller ett annat landsting. Landsting får köpa verksamhet från kommuner eller andra landsting. Hur detta får ske regleras i speciallagstiftning.

2.2 Utvecklingstendenser inom hälso- och sjukvården

2.2.1 Inledning

Det finns flera orsaker och drivkrafter bakom utvecklingen av erbjudande om tilläggstjänster inom hälso- och sjukvården.

Till exempel:

- Förändring i synen på sjukvård som en tjänst på en marknad.
- Avskaffandet av stopplagen och fler privata vårdgivare med vinstintresse inom den offentligt finansierade vården.
- Förändring i synen på individen: nu mer fokus på individuellt självbestämmande, vilket gett en ökad betoning på valfrihet och patientinflytande.
- Den medicinsk-tekniska utvecklingen går snabbt. Nya avancerade behandlingsmetoder, medicinsktekniska produkter samt dyra läkemedel bidrar till fler möjligheter men i många fall, initialt, till en stor kostnad.
- Landstingens prioriteringar och ransoneringar öppnar upp för olika typer av tilläggstjänster, särskilt bland de tjänster och produkter som landstinget prioriterar ned, alternativt ransonerar bort.

I följande avsnitt beskrivs kortfattat några aktuella utvecklingstendenser inom hälso- och sjukvården.

2.2.2 Förändring i synen på sjukvård som en tjänst på en marknad

Vården har under de senaste 30 åren förändrats i en riktning mot att ge vård framförallt utifrån kostnadseffektivitet. Hälso- och sjukvården styrs nu således allt mer med ekonomiska incitament.

Begreppet New Public Management, NPM, hamnade i fokus av hälso- och sjukvårdsdebatten efter en uppmärksammat artikelserie *Patienten och prislappen* av Maciej Zaremba i Dagens Nyheter i februari–mars 2013.¹⁷ I artikelserien pekades införandet av managementmodeller såsom NPM ut som en huvudorsak till problemen i sjukvården.

Många inom läkarkåren kände igen sig i Zarembas beskrivning av hälso- och sjukvården och fick nu ett namn och en förklaring till olika problem inom hälso- och sjukvården som de möter.¹⁸ I artikelserien och den efterföljande debatten lyftes negativa konsekvenser av ekonomiska styrsystem såsom NPM fram för såväl patienter som vårdpersonal. Fokus på diskussionen har varit och är de faktiska konsekvenserna och den grundläggande värdekonflikt som föreligger mellan det ekonomiska styrsystemet och hälso- och sjukvårdens grundläggande mål en vård på lika villkor efter behov som uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen och den etiska plattformen för prioriteringsbeslut samt i läkarkårens och andra vårdprofessioners yrkesetiska regler.

Man kan skilja på två olika komponenter i NPM: företagisering och marknadsiering. Företagisering innebär att de offentliga organisationerna ska bli mer företagslika, med tydlig uppdelning i resultatenheter och skapande av interndeberingssystem. Marknadsiering innebär att tidigare offentlig verksamhet konkurrensutsätts och att även privata utförare ges utrymme.¹⁹

Stora förändringar har skett inom svensk sjukvård de senaste årtiondena, både i riktning mot företagisering med införande av olika ersättningsmodeller som diagnosrelaterade grupper (DRG) och i kombination med att man öppnat upp för en marknadsiering av hälso- och sjukvården med både offentliga och privata aktörer med vinstintressen. Sammantaget har detta lett till ett utpräglat mark-

¹⁷ Zaremba, Maciej. 2013.

¹⁸ Engström, Ingemar. 2014.

¹⁹ Agerberg, Miki, 2014.

nadstänkande inom ramen för hälso- och sjukvården där patienten numera ses som kund som erbjuds och efterfrågar olika tjänster. Denna målbild kan komma i konflikt med målbilden i den svenska sjukvårdens ideologi samt med läkaretikens motto. Andra exempel eller symtom på denna förskjutning i synen på hälso- och sjukvården är vissa sjukhus och landstings avtal med kommersiella produktionsbolag i syfte att producera bra tv och samtidigt göra reklam för sjukhuset. Detta har flera gånger skett i strid med yrkesetiska riktlinjer samt hälso- och sjukvårdens uppdrag att ge patienterna vård efter behov.

Ersättningssystemen har stor betydelse för vårdens effektivitet, kvalitet och organisationssätt. Hur ersättningssystemen utformas skapar incitament för vårdens aktörer och påverkar deras beteende. Det finns dock inga neutrala ersättningsmodeller, oavsett modell påverkar det hur sjukvården organiseras och vilken vård som levereras.

I en nyligen publicerad studie kartläggs olika ersättningsmodeller i Sverige och dess effekter. Det finns i huvudsak fyra olika ersättningsystem, vilka ofta används i kombination med varandra. Varje modell har både positiva och negativa effekter. Författaren förespråkar mer komplexa ersättningsmodeller som kan anpassas efter den aktuella vårdinsatsen. Genom att ha ett större fokus på utfall bör man, enligt studien kunna likrikta de professionella incitamenten med den ekonomiska verkligheten. Värdebaserad ersättning är en metod för detta, men det kan också ske genom målrelaterad ersättning inom ramen för existerande system.²⁰

2.2.3 Patientinflytande och vårdval

Ett prioriterat område för den tidigare regeringen har under ett antal år varit att stärka patientens inflytande och delaktighet i hälso- och sjukvården samt att öka patientens valfrihet. Bestämmelser om vårdgaranti, skyldigheter för landstingen att erbjuda en fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning är några exempel på detta. För att ge patienten möjlighet att välja vårdgivare har alla landsting från och med den 1 januari 2010 en skyldighet att införa

²⁰ Lindgren, Peter, 2014.

vårdvalssystem i primärvården. Detta innebär att patienten kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom sitt landsting. När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) tillämpas. Syftet med denna lagstiftning var bl.a. att öka mångfalden av aktörer och därmed utbudet av vård- och omsorgstjänster, samt ge individer möjlighet att välja och välja bort oberoende av etableringsfriheten. På så sätt ska patientens valfrihet öka.

Ett annat initiativ för att öka patientens valfrihet är ändringar i hälso- och sjukvårdslagen samt patientsäkerhetslagen (2010:659) så att det tydligare framgår att sjukvårdshuvudmannen ska hjälpa patienten att välja hjälpmedel när det finns olika hjälpmedel tillgängliga inom landstinget eller kommunen. Den enskildes val ska tillgodoses om det med hänsyn till den enskildes behov och till kostnaderna med hjälpmedlet framstår som befogat. Lagändringarna trädde i kraft den 1 juli 2014. Inom ramen för gällande lagstiftning kan landsting och kommuner även välja att erbjuda förskrivning genom fritt val av hjälpmedel med s.k. eget ägande. Den enskilde ges då möjlighet att välja hjälpmedel utanför det ordinarie sortimentet och finansierar delvis samt ansvarar själv för hjälpmedlet.

Ytterligare en åtgärd i syfte att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet i vården är den nya patientlagen som träder i kraft den 1 januari 2015.²¹ I och med denna utvidgas och förtydligas informationsplikten gentemot patienten, det klargörs att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke och möjligheten till förnyad medicinsk bedömning utvidgas. Även patientens valfrihet stärks genom att hon ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet.

I propositionen *Mer inflytande för den enskilde i valet av hjälpmedel 2013/14:67*, föreslog regeringen att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och patientsäkerhetslagen (2010:659) ändrades så att det tydligare framgår att sjukvårdshuvudmannen ska erbjuda den enskilde att välja hjälpmedel när det finns olika hjälpmedel tillgängliga inom landstinget eller kommunen. Hjälpmedlet anses vara tillgängligt om sjukvårdshuvudmannens tillhandahållande är förenligt

²¹ Se prop. 2013/14:106.

med gällande upphandlingslagstiftning. Den enskildes val ska tillgodoses om det med hänsyn till den enskildes behov och kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat. Det skulle vidare framgå att vårdgivaren och den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten ges individuellt anpassad information om de hjälpmedel som finns. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska medverka till att ge en patient möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Genom propositionen ville regeringen betona att landsting och kommuner inom ramen för gällande lagstiftning kan välja att erbjuda förskrivning genom fritt val av hjälpmedel med s.k. eget ägande, genom vilket den enskilde ges möjlighet att välja hjälpmedel utanför det ordinarie sortimentet. I de landsting och kommuner där förskrivningsmöjligheten med fritt val har införts är även detta, förutom de olika hjälpmedel som finns i det ordinarie sortimentet, ett tillgängligt alternativ för tillhandahållandet av hjälpmedel, förutsatt att det för den enskilde är lämpligt med fritt val. Riksdagen biföll propositionen vars förslag trädde i kraft den 1 juli 2014.

2.2.4 Upphävande av inskränkningarna i landstingens möjligheter att överlämna driften av hälso- och sjukvård

Den 1 juli 2007 upphävdes inskränkningar i landstingens möjligheter att överlämna driften av hälso- och sjukvård. Landstingen gavs då möjlighet att sluta avtal om driften av sjukhus utan krav på att avtalen innehåller villkor om att verksamheten ska drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent. Avtalen behövde inte heller längre innehålla villkor om att vården ska bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter. Landstingen gavs även möjlighet att kunna överlämna driften av regionsjukhus och regionkliniker till någon annan.

Avskaffandet av vinstförbudet för privata utförare som ingår vårdavtal med landstinget har öppnat upp för utvecklingen av erbjudanden om tilläggstjänster inom ramen för offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Det har på så sätt skapats en marknad både inom och utanför den kommunala kompetensen hos privata utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Motiven till avskaffandet av den s.k. stopplagen var bland annat att öka antalet privata utförare i hopp om att nå ökad tillgänglighet och genom konkurrens stimulera till ökad kvalitet. Den tidigare regeringen menade att vinsten är en av drivkrafterna och förutsättningarna för privata vårdgivare inom den offentligt finansierade vården. Vinsten kan inte anses hota landstingens möjligheter att erbjuda en god vård på lika villkor, påpekade den tidigare regeringen i sin proposition.

Vinsten som drivkraft ger långsiktig hållbarhet

Enligt regeringen är vinst en av de drivkrafter som kan bidra till utveckling och effektivare vård. Ett överskott i verksamheten är dessutom helt nödvändigt för att en entreprenör skall kunna göra långsiktiga investeringar i såväl kompetens som utrustning samt skapa ekonomisk stabilitet. Möjligheten att dela ut vinst kan också underlätta för en entreprenör att inhämta kapital. I synnerhet den resurskrävande sjukhusvården kräver trygg tillgång på kapital för att säkerställa långsiktighet i verksamheten. Utöver vad som anförts ovan kan tilläggas att landstingen skall ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet. Detta gäller även sådan verksamhet som bedrivs genom andra juridiska personer (8 kap. 1 § kommunallagen [1991:900]).

Vinstintresset som drivkraft kan, enligt regeringen, inte anses hota landstingens möjligheter att erbjuda medborgarna en god hälso- och sjukvård på lika villkor utan kan snarare vara en förutsättning för att privata vårdgivare skall kunna verka inom den offentligt finansierade vården.²²

2.2.5 Ojämna villkor för hälsa och vård

Även om Sverige ur ett internationellt perspektiv är relativt jämlikt vad gäller hälsa och välfärdens fördelning, så finns det skillnader i hälsa. Det föreligger skillnader mellan hög- och lågutbildade vad gäller livslängd, självskattad hälsa och förekomst av så gott som alla stora folksjukdomar.²³

Ojämlighet i hälsa kan definieras som orättfärdiga skillnader som kan undvikas. Dessa skillnader har sin grund i socioekonomiska skillnader. Ju lägre socioekonomisk ställning desto sämre hälsa. Även om folkhälsan i Sverige utvecklas positivt för befolk-

²² Prop. 2006/07:52, s. 11.

²³ Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014. Folkhälsomyndigheten.

ningen som helhet kvarstår dock stora skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper, och hälsoskillnaderna ökar.²⁴

Det finns även studier som påvisat en långsiktig ökning av social ojämlikhet vad gäller hälsa i Sverige under de senaste fyra decennierna. Skillnaden i förväntad livslängd mellan hög- och lågutbildade har successivt ökat. Denny Vågerö, professor i medicinsk sociologi, diskuterar den hälsomässiga betydelsen av olika långsiktiga processer i Sverige. Han lyfter fram den successivt ökande ekonomiska ojämlikheten, en ökad segregation i boende och en minskad ”likvärdighet” i skolornas undervisningsutbud liksom den långsiktigt högre nivån av arbetslöshet, särskilt bland unga. Dessa processer är sammanflätade med varandra och knutna både till utbildning och hälsa.²⁵

Att komma till rätta med ojämna villkor för hälsa och sjukvård är i dag en prioriterad fråga. Flera initiativ och satsningar har gjorts de senaste åren för att alla ska ha samma tillgång till vård oavsett bostadsort och social och ekonomisk status för att skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället ska minska.

Strategi för en god och mer jämlik vård

Regeringen lanserade i december 2012 en strategi för jämlik vård som handlar om att synliggöra och undanröja samt följa utvecklingen av omotiverade skillnader i resultat och bemötande inom vården. Strategin innefattar satsningar på följande områden:

- synliggörande och analys av skillnader i vård, behandling och bemötande samt resultat,
- system, stödstrukturer och tjänster till vården och till enskilda,
- strategier och åtgärder inom särskilda områden,
- stöd och stimulans till utveckling i vården och
- samverkan och dialog med hälso- och sjukvårdens aktörer, invånare och patienter.

²⁴ Ibid, s. 11.

²⁵ Vågerö, Denny, 2011.

Öppna jämförelser

Socialstyrelsen fick 2013 i uppdrag att årligen publicera särskilda öppna jämförelser om jämlik vård. I den första rapporten Öppna jämförelser Jämlik vård 2013 framkommer att i de indikationer som redovisas finns det skillnader mellan utbildningsnivåer när det gäller de flesta resultat för dödlighet och återinskrivningar. (s. 14 ff.)

Öppna jämförelser i folkhälsa 2014

Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har i en rapport gjort en indikatorbaserad jämförelse av folkhälsa som speglar olika perspektiv av folkhälsa i form av jämförelser av skillnader i utfall mellan kommuner och mellan landsting.

Rapporten visar på både likheter och stora skillnader mellan kommuner och mellan landsting när det gäller livsvillkor, levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa. Vidare framkommer att folkhälsan har ökat men också att klyftorna ökar mellan olika socioekonomiska grupper.²⁶

Kommission för jämlik hälsa

Den nuvarande regeringen planerar att tillsätta en kommission för jämlik hälsa i syfte att åtgärda de växande hälsoskillnaderna i samhället. Kommissjonen ska t.ex. identifiera förhållanden som orsakar skillnader i hälsa samt lämna förslag på hur dessa kan minskas.²⁷

²⁶ Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser folkhälsa 2014.

²⁷ Prop. 2014/15:1.

2.2.6 Allmänhetens betalningsvilja för välfärdstjänster

I februari 2008 genomförde Synovate på SKLs uppdrag en opinionsundersökning om allmänhetens betalningsvilja för välfärdstjänster.²⁸

En klar majoritet kan tänka sig att dels betala extra i avgift för att själv få bättre service eller kvalitet inom kärnverksamheterna, dels betala mer i skatt för att alla ska få bättre service och kvalitet för dessa tjänster. Betalningsviljan är hög oavsett om betalningen sker via högre skatt eller högre avgift. På sjukvårdens område är principen om skattefinansiering starkare förankrad. Här motsätter sig nästan hälften av de tillfrågade att man ska kunna få vård snabbare genom en försäkring. En ytterligare faktor som kommer fram i undersökningen är att den uppfattningen gäller oavsett ålder, kön, yrke etc. Undersökningen ger en indikation på att välfärdstjänsterna värderas högt av befolkningen.²⁹

I en nyligen utförd SIFO-undersökning som Svenska Kommunal Pensionärers Förbund (SKPF) beställt svarar 67 % att de kan tänka sig att betala högre skatt för att säkerställa en god kommunal välfärd (t.ex. äldreomsorg) de kommande åren.³⁰

2.2.7 Åtgärder som kan leda till egen- och medfinansiering

Vid sidan om de utvecklingstendenser som ligger till grund för en utveckling mot en ökning av med- och egenfinansiering i vården, finns det i dag olika åtgärder, exempelvis för att avgränsa den skattefinansierade hälso- och sjukvården, vilka kan leda till ökad egen- och medfinansiering i vården. Hit hör utbudsbegränsningar och en begränsning i vad som är medicinskt motiverat eller inte. Genom utbudsbegränsningar av olika slag får patienterna bära en större del av kostnaderna. Det är t.ex. vanligt inom området assisterad befruktning där antalet försök som landstinget finansierar begränsas. Andra exempel är hjälpmedel av olika slag. Tillämpningen av striktare medicinska indikationer (t.ex. vid åderbråcksopera-

²⁸ SKL 2010, s. 29.

²⁹ Ibid.

³⁰ Resultaten presenterades den 29 augusti på SKPF:s hemsida. www.skpf.se/nyheter/forbundsnyheter/tva-av-tre-kan-tanka-sig-hogre-skatt-for-god-valfa/ (Hämtad 2014-08-29).

tioner och för psykoterapi) är en annan form av utbudsbegränsning.

Åtgärder som inte anses vara medicinskt motiverade och således inte anses som en del av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården får patienterna bekosta själva. Det handlar exempelvis om kosmetiska ingrepp, vissa typer av hälsoundersökningar, vaccinationer och intyg. Det bör emellertid påpekas att det inte finns någon tydlig gränsdragning mellan några enhetliga principer för landstingens utbudsbegränsningar av vissa åtgärder och åtgärder som inte anses vara medicinskt motiverade.

2.3 Med- och egenfinansiering i hälso- och sjukvården i dag

2.3.1 Inledning

Det förekommer i dag olika former av med- och egenfinansiering inom hälso- och sjukvården. Det föreligger även skillnader vad gäller nivå på patientavgifter samt avgifter för olika med- eller egenfinansierade hälso- och sjukvårdsinsatser.

Inom den landstingsfinansierade vården erbjuds dock hälso- och sjukvårdsinsatser till egenfinansiering i begränsad omfattning, och då till självkostnadspris i enlighet med bestämmelser i gällande regelverk.³¹ Exempel på egenfinansierade insatser är olika typer av vaccinationer samt vissa insatser inom assisterad befruktning utöver de behandlingar som erbjuds av landstinget. Medfinansiering förekommer enbart i ett fåtal landsting vid till exempel insättande av avancerade linser i samband med gråstarrsoperation samt inom ramen för fritt vårdval av hjälpmedel.

En presentation och analys av olika fall av med- och egenfinansiering presenteras i kapitel 8.

³¹ Se 4.2 Nationell rätt.

2.3.2 Ställningstaganden och förekomst av medfinansiering i landstingen

Denna kartläggning bygger på uppgifter från SKL samt en förfrågan från Smer till samtliga landsting i Sverige.³²

Smer frågade samtliga landsting om det i landstinget eller regionen finns beslut om att tillåta eller inte tillåta medfinansiering av avancerade linser i samband med gråstarrsoperation. Förfrågan till landstingen innefattade även frågor om medfinansiering förekommer på något annat område i hälso- och sjukvården samt om detta skapat etisk diskussion i landstinget.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), gick i sin tur ut med en förfrågan om det finns några formella beslut eller ställningstaganden i respektive landsting.³³

Kartläggningen nedan ger inte en heltäckande bild av situationen utan bygger främst på de svar som Smer respektive SKL fått in vid förfrågan.

*Ställningstaganden i landstingen*³⁴

Landstingen har i olika grad tagit ställning till frågor om medfinansiering och tilläggstjänster.

I bl.a. följande landsting finns inga formella politiska beslut i frågan: Landstinget i Östergötland, Landstinget Gävleborg, Norrbottens läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Landstinget Dalarna, Landstinget i Uppsala län, Landstinget Västmanland, Region Halland, Västra Götalandsregionen, Örebro läns landsting. Landstinget i Blekinge har inga beslut vad gäller medfinansiering av speciallinser, Smer har inga uppgifter vad gäller andra former av tilläggstjänster.

Landstinget i Kalmar län: Har tagit beslut om att inte erbjuda medfinansiering vid kataraktoperationer, med motiveringen att om patienten betalar mellanskillnaden av linskostnaden krävs mer komplicerade förundersökningar och merarbete inför operation och

³² Uppgifterna togs fram av Smer december–januari 2013–2014, samt av SKL april 2014.

³³ PM/Diskussionsunderlag. 2014-04-04. Avdelningen för vård och omsorg Hälso- och sjukvård. Olle Olsson.

³⁴ Sammanställning av uppgifter inhämtade av Smer och uppgifter inhämtade av SKL.

vid efterkontroll, vilket inte är försvarbart då det kan ge undanträngningseffekter för övriga patienter.

Jämtlands Läns Landsting: Inom ögonsjukvården har läkare, i samband med gråstarrsoperation, satt in ett fåtal toriska linser per år och patienten har inte behövt betala. Inom ögonkliniken har man diskuterat hur man ska förhålla sig och enligt läkare är det så få per år så det har fått stanna med det. Det finns inget dokument med kriterier eller annat skrivet kring detta utan det är läkaren i samråd med patienten som beslutar vilken lins som ska sättas in. Frågan om medfinansiering har diskuterats, det krävs dock beslut om detta ska tillåtas anser landstinget, i sitt svar till Smer.

Landstinget Jönköping: Inom vårdval ögon har de privata aktörerna erbjudits möjlighet att ta ut merkostnad från patienten för insättande av multifokal eller annan synförbättrande lins i samband med starroperationer inom vårdval. Merkostnaden man tar ut av patienten ska täcka inte enbart den merkostnad som består av den dyrare linsen utan även de eventuellt fler besök och annan efterkontroll som krävs i samband med den mer komplicerade operationen, dvs. man får inte ta betalt av patienten en gång till för dessa ytterligare besök. Än så länge har denna möjlighet enbart erbjudits de privata aktörerna men man berederfrågan om även landstingets egna producenter i vårdval ska kunna få samma möjlighet då det kan uppfattas som en konkurrensfördel för de privata aktörerna. Vårdval ögon startade den 1 april 2014. I svaret till rådet lyfter landstinget även fram tandreglering för barn där det förekommer att vissa tandställningar av exklusivt material kan debiteras patienten medan behandlingen är kostnadsfri.

Västerbottens läns landsting: Det finns inget politiskt beslut i frågan, däremot har frågan om "tillval av lins" vid operation av gråstarr varit upp på tjänstemannanivå efter att den initierats av en patient. Beslutet på den nivån blev nej till medfinansiering, dels baserat på medicinska skäl: Finns det tillräcklig evidens? Vem ansvarar om den dyrare linsen inte fungerar? Dels baserat på praktiska skäl som t.ex. ansvar för lagerhållning.

Landstinget Sörmland: Politiskt beslut om medfinansiering av lins vid starroperation togs av länsjukvårdsnämnden i februari 2013. Beslutet innebär bland annat att patienten ges möjlighet att välja vilken lins som ska sättas in vid gråstarrsoperation. Patientens får själv betala överskjutande belopp om valet av lins medför ökade

kostnader för landstinget. Patienter som av ekonomiska skäl inte kan betala hela det överskjutande beloppet vid ett tillfälle ges möjlighet till delfinansiering. Beslutet motiveras bland annat med att man vill ge de patienter som väljer att operera sig inom länet samma valmöjligheter som de som söker sig utanför länet för en operation. (Se vidare avsnitt 8.1.2)

Landstinget Västmanland: Ögonkliniken har diskuterat frågan med den politiska beredningen.

Region Halland: Har inte tagit officiell ställning i denna fråga. Formella beslut för eller emot saknas. Medfinansiering inom landstingets regi för t.ex. ögonlinser tillämpas inte. Patienter önskar ibland ändå att medfinansiera ögonlinser. Halland tillämpar en pragmatisk metod. Patienten hänvisas då vidare från landstingets egenregi till privat offentligt finansierad kontrakterad vårdgivare (valfrihet/vårdgaranti). Patienten kan där efter medicinsk bedömning få möjlighet att medfinansiera vården. En patient med diagnostiserad glaukom får i samband med operation möjlighet att delfinansiera en synkorrigerande lins. Region Halland betalar vårdgivaren avtalsenlig ersättning för kataraktoperation. Patienten betalar själv mellanskillnaden mellan ersättningen från Region Halland och totalkostnaden för vården.

I Landstinget Dalarna har frågan om medfinansiering varit uppe till diskussion i samband med ny lagstiftning vad gäller fritt val av hjälpmedel.

I Region Skåne har frågan om medfinansiering av speciallinser vid gråstarrsoperation har varit uppe till diskussion, men inget beslut har fattats. Medfinansiering förekommer inom hjälpmedelsområdet. Till exempel när det gäller hörapparater så får patienten välja en dyrare apparat hos leverantören till självkostnadspris. Peruker, tatuering av ögonbryn och eyeliner, får patienten ersättning för upp till 6 000 kronor per år, men om det kostar mer får patienten betala självkostnadspris.

Stockholms läns landsting: Landstingsstyrelsen beslutade 2007 att godkänna att vårdgivare som har avtal med landstinget i samband med operation av grå starr får debitera patient som önskar multifokala linser merkostnaden jämfört med vad standardlinser kostar. Detta beslut är inte ett principiellt ställningstagande om medfinansiering inom sjukvården. I Stockholms läns landsting finns även beslut om s.k. Fritt val hörhjälpmedel, där patienten

tilldelas en hörselcheck, som kan användas som rekvisition eller delbetalning vid utprovning av hörapparater.

Västra Götalandsregionen: Frågan har diskuterats inom regionens medicinska sektorsråd (ögon) som ställt sig negativ till att tillåta medfinansiering. Praxis är att torisk lins vid kraftig astigmatism erbjuds gratis i stället för standardlins plus avancerade glasögon, påpekar regionen i sitt svar till Smer.

Örebro läns landsting har hitintills varit negativt till insatser som innebär att patienten betalar extra för att få en bättre kvalitet än den som erbjuds av landstinget. Landstinget påpekar i sitt svar till rådet att denna form av egenfinansiering är ojämlig och kan även bli komplicerad om patientens förväntningar inte infrias. De menar vidare att frågan om blandad betalning för vård och insatser är också svår att kommunicera med allmänhet, patienter och media. Patienten hänvisas till privatvård i dessa fall.

2.4 Internationell utblick

2.4.1 Bakgrund

Länders hälso- och sjukvårdssystem ser olika ut beroende på deras demografi, ekonomi, värderingar, tradition och ekonomiernas storlek. Utformningen av ett lands hälso- och sjukvårdssystem har nära koppling till finansieringen av detsamma. Exempel på finansieringskällor är skatt, statsbidrag och sociala avgifter, patient- och brukaravgifter, medfinansiering, egenfinansierad privat vård och olika försäkringslösningar.³⁵

I vissa länder, t.ex. i USA, utgör privat försäkring en stor del av finansieringen. I andra länder som bl.a. de nordiska länderna och Storbritannien är vårdsystemen i huvudsak finansierade av skatter med en stor andel offentliga vårdgivare. I ytterligare en annan typ av system som tillämpas bl.a. i Nederländerna, Tyskland, Belgien, Frankrike och Schweiz, baseras finansieringen huvudsakligen på en blandning av offentlig och privat försäkring. Alla medborgare omfattas av en obligatorisk grundförsäkring och vården utförs till största delen av privata vårdgivare.

³⁵ Svensk Försäkring, 2013, s. 11.

Även om länder har som målsättning att erbjuda sjukvård till alla på lika villkor, finns skillnader i vilken vård och omsorg individer får tillgång till. För att minska kostnaderna inom den offentliga hälso- och sjukvården görs prioriteringar vilket medför att viss hälso- och sjukvård inte erbjuds inom ramen för offentliga åtagandet. Om den enskilde önskar sådan vård får han eller hon betala den ur egen ficka. Ett sätt att jämföra olika länders sjukvårdssystem är att titta på hur stor andel av hälso- och sjukvårdsutgifterna i respektive land som är privatfinansierade, dvs. de utgifter som betalas direkt av hushållen för t.ex. patient- och vårdavgifter, avgifter för icke-offentligfinansierade behandlingar eller operationer, medfinansiering av sjukvård samt betalning av privat sjukförsäkring (som inte bekostas av arbetsgivaren). För att belysa hur prioriteringsprocessen går till i olika länder är det intressant att titta på om det finns fastslagna principer och värderingar som ligger till grund för prioriteringar inom den offentliga sjukvården.

I detta avsnitt redogörs för hälso- och sjukvårdssystemen i Danmark, Finland, Norge, Storbritannien och Nederländerna. Redogörelsen gör inte anspråk på att vara uttömmande utan är relativt kortfattad och begränsad till hälso- och sjukvårdssystemens organisation, finansiering, eventuella lagstadgade patienträttigheter och etiska principer för prioriteringar inom vården.

2.4.2 Norden

De nordiska länderna har i grunden haft liknande hälso- och sjukvårdssystem som karaktäriseras av en offentlig skattefinansierad vårdförsäkring som omfattar hela befolkningen med en majoritet av sjukhus som ägs och drivs offentligt.³⁶ De flesta av de nordiska länderna har vidare haft en tradition av att hälso- och sjukvården styrs och beskattas decentraliserat, dvs. på en lokal nivå. En annan likhet mellan länderna har varit att hälso- och sjukvården har som målsättning att uppnå jämlik vård för hela befolkningen.³⁷ De senaste åren har dock reformer av sjukvården genomförts i flera nordiska länder, vilket medfört sådana skillnader att några menar att man inte längre kan hänvisa till en ”Nordisk modell” när det

³⁶ Iversen, 2011, s. 41.

³⁷ Hartlev, 2012, s. 54.

gäller hälso- och sjukvårdssystem.³⁸ På många håll har andelen privata vårdgivare ökat.³⁹ När det gäller i vilken utsträckning hälso- och sjukvården finansieras med privata medel kan konstateras att Sverige och övriga nordiska länder, bortsett från Finland, har en relativt låg andel privat finansierad sjukvård i jämförelse med andra länder.⁴⁰

Danmark

I den danska Sundhetsloven anges att hälso- och sjukvården har som mål att främja befolkningens hälsa samt att förebygga och behandla sjukdom, lidande och funktionsnedsättning för den enskilde (1 kap. 1 §). Det slås bl.a. även fast att alla som är bosatta i landet ska ges lika tillgång till hälso- och sjukvård, att vården ska vara av hög kvalitet, att patienterna ska ha möjlighet att välja vårdgivare och att väntetiderna ska vara så korta som möjligt (1 kap. 2 §). Vidare understryks vikten av respekt för den enskilda människan, hans eller hennes integritet samt rätt till självbestämmande.

Hälso- och sjukvården i Danmark är i huvudsak skattefinansierad. Andelen av hälso- och sjukvårdsutgifterna som är privat finansierade uppgår till cirka 15 %. Utgifterna utgörs till största delen av kostnader för tandvård, privat hemtjänst och läkemedel. Som huvudregel tas inga avgifter ut för sjukvård eller inläggning på sjukhus.⁴¹ Egenavgifter tas dock numera ut för behandling som avser konstgjord befruktning, sterilisering och återställande av befruktningförmågan efter sterilisering. Läkemedel subventioneras med olika procentsatser beroende på hur mycket den enskilde har handlat för (per år).⁴² Andelen av hela befolkningen som har en privat sjukvårdsförsäkring uppgår till cirka 20 % och av andelen yrkesverksamma är motsvarande siffra cirka 25 %.⁴³ En sjukvårdsförsäkring kan bl.a. ge kortare väntetid till behandling samt viss vård som inte ingår i det offentliga åtagandet. En förklaring till varför många valt att ha en privat sjukförsäkring kan vara att denna typ av försäkring,

³⁸ Ibid, s. 54 f.

³⁹ NOMESKO, 2013, s. 9 samt rapport från Svensk Försäkring, 2013, s. 13.

⁴⁰ OECD statistik.

⁴¹ Iversen, 2011, s. 38.

⁴² NOMESKO, 2013, s. 39.

⁴³ NOMESKO, 2013, s. 45 och Svensk Försäkring, 2013, s. 16.

tecknad av arbetsgivaren, var avdragsgill i deklARATIONEN fram till årsskiftet 2011/2012.⁴⁴

I Danmark har man ännu inte beslutat om nationella riktlinjer för prioriteringar men det förs en debatt om ett antal allmänna värderingar som är tänkta att ligga till grund för prioriteringar.⁴⁵ Det danska etiska rådet tog 1996 fram rapporten *Prioritering i sundhetsvaesenet – en redegörelse* vilken verkat som ett underlag för diskussionen om prioriteringar i Danmark. Rådet menade att fyra samhällsvärderingar ska ligga till grund för prioriteringar:

1. Lika människovärde,
2. solidaritet,
3. trygghet och säkerhet, och
4. frihet eller självbestämmande.

Frågan om prioriteringar inom hälso- och sjukvården är alltjämt aktuell i Danmark och 2013 kom det danska etiska rådet med antologin *Etik og prioritering i sundhetsvaesendet – hvorfor det er så svært*. I denna ges exempel på vårdinsatser som prioriterats respektive prioriterats bort, såsom att det erbjuds gratis tandvård till barn under 18 år samt till handikappade men inte till vuxna och att nationella planer har utarbetats för cancer- och hjärtsjukdomar, men inte för psykiska sjukdomar.⁴⁶ Antologin innehåller också artiklar om brukarbetaling (i princip egenavgifter) och rådet ifrågasätter inledningsvis om sådana är förenliga med den solidaritetsprincip som dansk hälso- och sjukvård vilar på. Det anförs vidare att det inte är givet att brukarbetalningar i slutändan får en positiv inverkan på samhällsekonomin och man pekar på att det kan leda till ojämlikheter vad gäller befolkningens hälsa. Patienter med sämre ekonomi riskerar att inte få nödvändig behandling vilket i sin tur kan medföra högre kostnader för sjukvården i ett senare skede.⁴⁷

⁴⁴ Svensk försäkring, 2013, s. 17.

⁴⁵ Sandman och Tinghög, 2013, s. 4.

⁴⁶ Det Ethiske Råd, 2013, s. 24.

⁴⁷ Ibid., s. 91.

Finland

I den finska grundlagen stadgas att det allmänna ska tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Detta innebär att alla som är bosatta i Finland har rätt till vård och omsorg även om de inte själva kan betala. Finland var vidare först bland de nordiska länderna att i lag fastställa övergripande patienträttigheter. I lagen om patientens ställning och rättigheter fastslås patientens rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet, information, självbestämmande m.m. Det finns även bestämmelser om att patientens människovärde inte får kränkas och att hans eller hennes integritet ska respekteras.

I Finland uppgår egenfinansieringen av hälso- och sjukvårdstgifterna till cirka 22 %.⁴⁸ Andelen utgörs till största delen av patientavgifter men även utgifter för läkemedel och andra medicinska icke-varaktiga förbrukningsartiklar, utgifter för terapeutisk behandling, utrustning, resekostnader m.m. I övrigt finansieras den offentliga hälso- och sjukvården i lika delar av kommunalskatt respektive av statsbidrag och sociala avgifter.⁴⁹ I Finland är alla slags tjänster avgiftsbelagda. Kommunerna bestämmer patientavgiftens storlek vilken har ett maxbelopp per kalenderår. Efter att patienten har uppnått maxbeloppet får denne i regel avgiftsfri tillgång till öppenvården. Vissa avgifter räknas dock inte in såsom avgifter för tandvård, sjuktransporter, läkarintyg m.m. Kostnader för läkemedel subventioneras också och det finns ett årligt maxbelopp. När detta uppnått betalar den enskilde endast en självriskandel per läkemedel. Den enskildes utgifter för receptbelagda läkemedel kan även återbetalas.⁵⁰ Andelen av befolkningen som har en privat sjukvårdsförsäkring uppgår till cirka 11 %.⁵¹

I samband med att nedskärningar inom hälso- och sjukvården behövde göras på 1990-talet tillsattes en utredning som 1993 presenterade en rapport vilken slog fast tre principer som grund för prioriteringar. Principerna var:

⁴⁸ OECD 2011 eller närmaste år.

⁴⁹ Svensk försäkring, 2013, s. 18.

⁵⁰ NOMESKO, 2013, s. 40 ff.

⁵¹ NOMESKO, 2013, s. 45.

1. Likabehandling,
2. behov och
3. kostnadseffektivitet.

Förslaget till etisk plattform för prioriteringar inom hälso- och sjukvården har stora likheter med den svenska även om det i Finland saknas regler för inbördes rangordning mellan principerna.⁵²

Norge

I Norge regleras patientens rättigheter i lagen om patient- och brukarrättigheter. Lagens målsättning är att bidra till att säkra befolkningens lika tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster av god kvalitet (1 kap. 1 §). Den ska vidare främja social trygghet och understryker vikten av att ta till vara respekten för patientens liv, integritet och människovärde. I lagen finns även bestämmelser bl.a. om patientens rätt till information och självbestämmande.

Den som är medlem i norska Folketrygden har tillgång till det norska hälso- och sjukvårdssystemet. En person som är bosatt i Norge och/eller arbetar i landet är som huvudregel ansluten till Folketrygden. Om personen även är folkbokförd i Norge har han eller hon rätt till en fast kontakt med en allmänläkare. Husläkaren ska prioritera sina fasta patienter före andra patienter. Den som inte är medlem i Folketrygden har rätt till akut sjukvård.

I Folketrygdloven regleras vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som omfattas av det offentliga åtagandet. Generellt ges offentligt stöd för vård till följd av sjukdom, skada och lyte samt insatser vid familjeplanering, graviditet, förlossning och abort. Kosmetiska ingrepp samt efterbehandling vid sådana ingrepp omfattas inte (5 kap. 1 §).

Hushållens egenfinansiering av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna uppgår till cirka 15 %.⁵³ Egenfinansieringen består huvudsakligen av patientavgifter för öppenvård och då särskilt tandvård, men även av kostnader för läkemedel samt hälso- och sjukvård i

⁵² Sandman och Tinghög, 2013, s. 7.

⁵³ OECD 2011 eller närmaste år.

äldreomsorg och till personer med funktionsnedsättning. I Norge är både primärvården och specialistvården avgiftsbelagd, däremot tas ingen avgift ut för sjukhusvård när patienten är inlagd. Det finns två maximibelopp som avser utgifter för olika tjänster inom hälso- och sjukvården. När patienten uppnått maxbeloppet under ett år behöver han eller hon inte betala mer privata egenavgifter för respektive tjänst det året. Receptbelagda läkemedel har ett eget ersättningssystem. Om läkaren bedömer att patienten uppfyller kriterierna har denne rätt till subventionerade läkemedelskostnader som även begränsas ytterligare av ett årligt maxbelopp.⁵⁴ Omfattningen av privata sjukvårdsförsäkringar är liten i Norge, andelen av befolkningen som har en privat sjukvårdsförsäkring uppgår till cirka 3,5 %.⁵⁵

I Norge utarbetades nationella riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården för första gången 1987 och kallades för "Lønning I-rapporten".⁵⁶ Rapporten diskuterade fem principer eller dimensioner för prioriteringar: sjukdomens allvarlighetsgrad, lika möjligheter för behandling, väntetid, hälsoekonomiska aspekter och patientens egenansvar.⁵⁷ Enligt utredningen var tillståndets svårighetsgrad den viktigaste utgångspunkten för prioritering. Utredningen menade dock att man även måste ta hänsyn till bl.a. effekten av åtgärden eftersom det inte ansågs rimligt att satsa betydande resurser på en allvarligt sjuk patient om behandlingen inte ger någon märkbar nytta.⁵⁸ Tio år senare levererade den nya "Lønning II-utredningen" en rapport som i stället föreslog tre vägledande prioriteringsprinciper.⁵⁹ Dessa gäller för närvarande i Norge och är sedan år 2000 införda i föreskrifterna till lagen om patient- och brukarrättigheter:

1. Tillståndets svårighetsgrad,
2. förväntad nytta och
3. kostnadseffektivitet.

⁵⁴ NOMESKO, 2013, s. 43.

⁵⁵ OECD 2011 eller närmaste år.

⁵⁶ Utredningen tog sitt namn efter Inge Lønning som ledde utredningen.

⁵⁷ Melin, Anders, 2007, s. 3.

⁵⁸ Sandman och Tinghög, 2013, s. 5.

⁵⁹ "Prioritering på ny" (NOU 1997:18).

Kriterierna är inte inbördes rangordnade som i Sverige.⁶⁰ I juni 2013 tillsattes en ny offentlig utredning som utrett principer, kriterier och processer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården i Norge.⁶¹ Utredningen har vidare undersökt bl.a. hur gällande prioriteringskriterier används praktiskt och om de bör ha en inbördes rangordning. Nya prioriteringskriterier som ålder och sällsynthet har också utvärderats. Den 12 november presenterade utredningen sina förslag i betänkandet NOU 2014: 12 *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*.

Fire prinsipper for god prioritering

Utvalget mener prioriteringsarbeidet i Norge bør bygge på fire hovedprinsipper:

1. Prioriteringer bør bidra til «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt
2. Prioriteringer bør følge av klare kriterier
3. Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning
4. Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett av effektive virkemidler

Flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt

Målet er både å skape flest mulig gode leveår og å sikre at disse blir rettferdig fordelt. Rettferdig fordeling av gode leveår bygger på likebehandling og vektlegger særlig gode leveår som tilfaller de dårligst stilte.

Nye prioriteringskriterier

Prioriteringsarbeidet kan styrkes gjennom nye og oppdaterte kriterier. I tillegg er det behov for tydeligere innhold. Utvalget foreslår følgende overordnede kriterier:

1. Helsegevinst: Et tiltaks prioritet øker med forventet helsegevinst og annen relevant velferdsgevinst fra tiltaket

⁶⁰ Ibid., s. 6.

⁶¹ www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-og-pressemeddelinger/pressemeddelinger/2013/regjeringen-oppnevner-prioriteringsutval.html?id=731235

2. Ressursbruk: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på
3. Helsetap: Et tiltaks prioritet øker med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst

Kriteriene bør alltid ses i sammenheng med hverandre og gjelde i hele helsetjenesten.⁶²

Utredningen presenterar även förslag vad gäller ”Gradert egenbetaling”. De föreslår ändringar vad gäller bestämmelserna om egenavgifter. Syftet är inte att öka egenavgifterna utan att inrätta ett system som bidrar till bättre prioriteringar.

Utvalget har vurdert to typer tiltak. Det første er tiltak som gir store forventede helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er rettet mot tilstander med store helsetap. Her kan det være grunnlag for å redusere eller fjerne all egenbetaling. Det andre er tiltak som gir små eller usikre helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er rettet mot tilstander med små helsetap. Her kan det være grunnlag for å innføre gradert eller full egenbetaling.

En ordning med gradert egenbetaling etter prioritet må knyttes direkte til faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere fordi gradering må skje innad i hver tilstandsgruppe. Effekten av gradert egenbetaling bør overvåkes nøye både med hensyn til effektivitet og fordelingseffekter.⁶³

I Norge finns även ett nationellt råd för prioritering och kvalitet inom hälso- och sjukvården, som har en rådgivande funktion när det gäller frågor om prioriteringar och kvalitet i hälso- och sjukvården.⁶⁴

2.4.3 Storbritannien

Alla som bor legalt i Storbritannien omfattas av det nationella hälso- och sjukvårdssystemet (NHS) med kostnadsfri sjukvård som till 90 % finansieras via skatter. Storbritannien har ett helstatligt sjukvårdssystem med stark ekonomisk styrning från regeringen. Ett tiotal regionala myndigheter sköter planering och styr-

⁶² NOU 2014: 12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten Åpent og rettferdig – prioriteringer i norsk helsetjeneste. www.uib.no/igs/82700/%c3%a5pent-og-rettferdig-%e2%80%93-prioriteringer-i-norsk-helsetjeneste (Hämtad 2014-12-12).

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

ning medan ansvaret för utförande ligger på de mer än 150 lokala primärvårdsförvaltningarna. Andelen privata vårdgivare utgör cirka 20 %.⁶⁵ Förändringar av systemet har skett under åren, t.ex. i form av utvecklade ersättningssystem, kundvalsmodeller och en ökad privat finansiering. Reformeringar har även syftat till att sjukvårdssystemet ska bli mer rättvist, förutsägbart och hållbart samt till att underlätta för såväl privata vinstdrivande aktörer som för ideella organisationer att verka⁶⁶

Cirka 10 % av befolkningen har en privat sjukförsäkring som oftast erbjuds genom arbetsgivaren. Denna fungerar som ett komplement och erbjuder i vissa fall samma vård som det offentliga men möjliggör ibland snabbare tillgång till vård och bl.a. val av läkare. Hushållens egenfinansiering av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna uppgår till cirka 13 %.⁶⁷ Personer som på grund av funktionsnedsättning eller ålderdom har behov av stöd och omsorg betalar en del av denna ur egen ficka. I och med förändringarna i systemet kommer det att sättas en åldersgräns för när en brukare ska betala något alls (18 år).⁶⁸ Egenfinansieringen är inkomstbaserad och förändringarna innebär att personer med sämre ekonomiska förutsättningar kommer att få mer av sin omsorg betald, medan personer som har goda ekonomiska förutsättningar får betala mer än tidigare.

Storbritannien har inte någon nationell plattform för hur prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska gå till. Lagstiftning som berör hälso- och sjukvården i Storbritannien har överlåtits till de fyra nationerna England, Skottland, Nordirland och Wales.

Det statliga organet National Institute för Health and Care Excellence (NICE) har bl.a. i uppgift att utfärda rekommendationer om medicinska behandlingar och service inom hälso- och sjukvården. I England och Wales är NICE:s rekommendationer vad gäller läkemedel och behandlingar bindande, vilket innebär att NHS ska erbjuda dessa inom ramen för det offentliga åtagandet.⁶⁹ I England och Wales kan vidare ett beslut att inte erbjuda viss vård

⁶⁵ Svensk försäkring, s. 20.

⁶⁶ Se Svensk försäkring, s. 20 f.

⁶⁷ OECD 2011 eller närmaste år.

⁶⁸ Svensk försäkring, s. 22.

⁶⁹ NHS. Meeting legal requirements. 2010-08-13.

www.nice.nhs.uk/usingguidance/benefitsofimplementation/meetinglegalrequirements/meeting_legal_requirements.jsp Hämtad 2014-12-30

prövas i domstol, fokus är då vanligtvis på om beslutet är skäligt. I Skottland har myndigheten Healthcare Improvement Scotland (HIS) motsvarande funktion som NICE. I Nordirland är det departementet för hälsa, socialtjänst och allmän säkerhet som bedömer huruvida NICE rekommendationer och riktlinjer ska introduceras.⁷⁰

The British Medical Association har identifierat ett antal etiska frågor som vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal bör överväga vid prioriteringar.⁷¹ Dessa är:

- Behov,
- maximering av välfärd,
- klinisk effektivitet,
- kostnadseffektivitet,
- rättviseaspekter,
- individuella rättigheter,
- patientens valmöjlighet,
- kommunikation och allmänhetens delaktighet och
- transparens och rationellt beslutsfattande.

Den s.k. "NHS Constitution" slår fast sju vägledande principer för NHS England och omfattar vad medborgarna har rätt till inom hälso- och sjukvården:

1. Tillgänglighet för alla oavsett kön, religiös övertygelse, ålder etc.,
2. Tillgängligheten ska avgöras utifrån behov och inte förmåga att betala,
3. Säkerhet, effektivitet och patientfokuserad vård,
4. Patienten ska vara delaktig i vården och hans eller hennes behov ska tillgodoses,
5. NHS samarbetar med andra myndigheter och organ för att förbättra befolkningens hälsa och välbefinnande,

⁷⁰ Medical Ethics Today, The BMA:s handbook on ethics and law, 2012 s. 837.

⁷¹ Ibid, s. 841.

6. Kostnadseffektivitet och
7. NHS är ansvarig för sin verksamhet i förhållande till patienter och allmänhet.⁷²

2.4.4 Nederländerna

Nederländerna har ett system med privata försäkringar som ger rätt till hälso- och sjukvård samt äldreomsorg. Alla som bor i Nederländerna är skyldiga enligt lag att ha en sjukvårdsförsäkring. Under andra halvan av 1990-talet infördes flera lagar med syfte att stärka patientens rättigheter såsom rätten till information, samtycke och tystnadsplikt. Fundamentala patienträttigheter såsom rätten till självbestämmande och rätten till respekt för privatlivet, har förts in i konstitutionen.⁷³

Systemet med reglerad konkurrens mellan försäkringsbolag infördes 2006. Sjukvården är till största delen offentligt finansierad genom obligatoriska försäkringar som tillhandahålls av privata försäkringsföretag i konkurrens. Försäkringsföretagen ansvarar enligt lag för att den enskildes vårdbehov tillgodoses. För den obligatoriska grundförsäkringen betalar medborgarna dels en premie direkt till försäkringsbolaget, dels en inkomstbaserad avgift. När det gäller premien påverkas denna inte av försäkringstagarens ålder, inkomst, kön eller sjukdomsrisk. Premien kan dock variera något mellan olika företag på grund av skillnader i innehåll. Försäkringsföretagen får till exempel konkurrera om former för ersättning (direktersättning eller ersättning i efterhand), behandlingsmetoder samt tilläggstjänster, men avvikelsen mellan bolagen får vara högst 10 %.⁷⁴ Basförsäkringens innehåll bestäms av hälsodepartementet och är obligatorisk för alla försäkringsbolag. Den inkomstbaserade avgiften används för att utjämna skillnader så att de försäkringsbolag som har en större andel äldre försäkringstagare eller försäkringstagare som är mer utsatta för hälsorisker än genomsnittet, får kompensation för att kunna hålla premien nere.

År 1991 tillsattes i Nederländerna en kommitté som fick namnet Dunningkommittén med uppdraget att ta fram riktlinjer för priori-

⁷² NHS Constitution, 2013, s. 3 f.

⁷³ Schäfer, W et al. s. 41.

⁷⁴ Svensk Försäkring, s. 26.

teringar inom hälso- och sjukvården. Som utgångspunkt för sitt förslag diskuterade kommittén vad som utgör nödvändig sjukvård. Dunningkommittén presenterade i sin rapport *Choices in Health Care* fyra principer formulerade som frågor med syftet att avgöra vilka vårdinsatser som den obligatoriska grundförsäkringen skulle omfatta. Frågorna som togs fram var:

1. Är föreslagen vård nödvändig?
2. Har vårdåtgärden effekt?
3. Är vårdåtgärden kostnadseffektiv?
4. Kan vårdåtgärden lämnas till individens ansvar?⁷⁵

I dag omfattar den obligatoriska grundförsäkringen medicinsk behandling utförd av allmänläkare, specialistläkare och förlossningsläkare, sjukhusvård, läkemedel, tandvård upp till 18 års ålder, postnatal vård, viss sjukgymnastik, motion, vård av språk-, röst- eller talstörning, kostråd samt hjälp att sluta röka.⁷⁶

Utöver den obligatoriska grundförsäkringen kan den enskilde köpa en tilläggsförsäkring från vilket försäkringsbolag som helst. För tilläggsförsäkringen kan premien däremot vara riskanpassad och försäkringsbolagen är inte tvungna att acceptera alla som efterfrågar en tilläggsförsäkring.⁷⁷ Fler än 90 % av medborgarna har någon form av tilläggsförsäkring som kompletterar utbudet i grundförsäkringen. En sådan försäkring kan t.ex. ge ersättning för tandvård för vuxna, plastikoperationer, glasögon eller bättre standard på sjukhusrummet.⁷⁸ I Nederländerna är dock hushållens egenfinansiering av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna låg och uppgår endast till cirka 12 %.⁷⁹

⁷⁵ Sandman och Tinghög, 2013, s. 6.

⁷⁶ www.government.nl/issues/health-insurance

⁷⁷ Iversen, 2011, s. 118 f.

⁷⁸ Svensk Försäkring, 2013, s. 25 f.

⁷⁹ OECD 2011 eller närmaste.

3 Framtida finansiering och egenavgifter

3.1 Inledning

Stora ojämlikheter i tillgång till hälsa och sjukvård är ett stort problem globalt. I en nyligen presenterad rapport från WHO argumenteras för vikten av att reducera egenfinansiering och att arbeta för att bygga upp s.k. ”pre-paid systems”, antingen genom skattefinansiering eller genom obligatoriska privata försäkringar som inkluderar alla invånare, och att bygga upp system för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.¹

I Sverige har vi de senaste åren sett en ökad diskussion kring olika framtida finansieringslösningar för hälso- och sjukvården vid sidan om att nya former av med- och egenfinansiering har börjat tillämpas i några landsting.

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet har publicerat flera rapporter som har relevans för dessa frågor. Som exempel kan nämnas rapporten *Multikriterieanalyser vid prioriteringar inom hälso- och sjukvården – kriterier och analysmetoder*.² Denna redogör för vilka kriterier som används vid prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården i Sverige och i andra länder samt förklarar hur multikriterieanalyser kan användas vid prioriteringsbeslut. En annan rapport av intresse är *Att tillämpa den etiska plattformen vid ransonering. Fördjupad vägledning och konsekvensanalys, 2011*, av Lars Sandman och Gustav Tinghög.

¹ WHO 2014.

² Sandman, Lars och Tinghög, Gustav, 2013.

Det senaste året har det presenterats två rapporter som direkt diskuterar frågan om med- och egenfinansiering inom hälso- och sjukvården i Sverige vilka kortfattat presenteras längre fram i detta kapitel.

3.2 Framtida finansiering

I rapporter och texter som diskuterar ett ökat egenansvar och möjligheten till att öka egenavgifterna i vården, hänvisas gång på gång till frågan om den framtida finansieringen av hälso- och sjukvården, relaterat till den snabbt växande andelen äldre i samhället och den snabba tekniska utvecklingen. I diskussionen lyfts frågan om Sverige bör gå mot en utveckling av en högre grad av privata försäkringar på hälso- och sjukvårdens område samt att gränserna för det offentliga åtagandet tydligare bör framgå så att en marknad kan skapas. I dessa sammanhang lyfts också frågan om den tekniska utvecklingen fram och behovet av en tydligare avgränsning vad gäller det offentliga åtagandet.³

I utredaren Bo Könbergs uppdrag (Vårdavgiftsutredningen) ingick att ”utvärdera förutsättningarna för och konsekvenserna av att öka avgiftsuttaget i syfte att stärka vårdens finansiering på längre sikt”.⁴

I betänkandet påpekar Könberg att avgifterna spelar en begränsad roll för att finansiera vården. Vidare bedömde han att de direkta patientavgifterna i Sverige är relativt höga och att det finns ett begränsat utrymme för höjningar av dem. Ökade patientavgifter är således inte lösningen på framtida eventuella finansieringsproblem.

Könberg menar att vi har möjlighet att klara framtidens sjukvård och äldreomsorg med liknande avgränsningar som i dag, utan ett ökat inslag av egenavgifter och privata försäkringar. Hans uppfattning är att man kommer att klara utmaningarna genom:

³ Till exempel: Långtidsutredningen, Iversen 2011. Socialdepartementets Rapport: Den ljusnande framtid är vård. Delresultat från LEV-projektet 2010.

⁴ Dir 2011:61 Översyn av avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, läkemedel, äldre- och handikappomsorg m.m.

- systematisk utvärdering av tillämpade och nya medicinska metoder,
- tydliga prioriteringar när det gäller vad som ska ingå i det offentliga åtagandet och
- en ständigt pågående ”effektivitetsjakt”.

Könberg lyfter även fram att den nuvarande välfärdsstaten och dess åttaganden har ett brett stöd i samhället.⁵

I ett underlag till Vårdavgiftsutredningen, *Framtida finansiering av vård och omsorg*, Av Sven-Eric Bergman diskuteras och sammanfattas forskningsläget. I underlaget framkommer att det sammantaget råder en betydande osäkerhet kring vad demografin kommer att betyda. Inte ens befolkningsutvecklingen finns det säkra prognoser för. Vidare kan hälsoläget för de äldre utvecklas på olika sätt, således finns det ingen som med säkerhet kan bedöma vårdbehoven på decenniernas sikt. Den tekniska och medicinska utvecklingen behöver nödvändigtvis inte innebära ökade totala kostnader.

Tre slutsatser vad gäller offentlig finansiering kontra privat finansiering kan dras utifrån internationella erfarenheter:⁶

1. System med fler betalare blir dyrare än system med en betalare.
2. Mer privata pengar (avgifter, självrisker, försäkringar, sparkonton etc.) ger inte generellt mer pengar till hälso- och sjukvården utan *möjligen* mer till dem som kan betala. De leder alltså till större ojämlikhet. Vad, som händer i ett offentligt finansierat system, som söker en utväg i privatfinansiering är inte entydigt utan beror på många faktorer. Det mesta talar dock för att privata pengar snarare kommer att skada än hjälpa den offentligt finansierade vården.⁷
3. Ingenstans i världen har man lyckats med att begränsa det offentliga åtagandet; tvärtom är tendensen snarare att lyfta in mer (t.ex. läkemedel i amerikanska Medicare). Och de exempel som förs fram i den svenska debatten är ju ofta marginella. Det är heller inte så att länder med offentliga försäkringssystem lyckats bättre med avgränsning än länder med nationella skattefinansierade system.⁸

⁵ SOU 2012:2, s. 105.

⁶ Ibid och Framtida finansiering av vård och Omsorg, Underlag av Sven Eric Bergman. Framtidens högkostnadsskydd i vården. SOU 2012:2, s. 215–216.

⁷ Tuohy et al 2004.

⁸ Bilaga 4 Framtida finansiering av vård och Omsorg, Underlag av Sven Eric Bergman. Framtidens högkostnadsskydd i vården. SOU 2012:2, s. 215–216.

Privatfinansiering avlastar alltså inte den offentliga vården, och det finns inget empiriskt stöd för argumentet att privatfinansierad vård skulle ge mer utrymme i den offentligt finansierade vården. Vidare påpekar författaren, att resurserna i stället styrs mer av efterfrågan (betalningsförmåga och upplevda behov) framför behov (medicinska kriterier och kostandseffektivitet).⁹

I en annan aktuell rapport, *Ökad privat finansiering i hälso- och sjukvården*, påpekas att huvudargumenten mot en ökad privatisering i Sverige är att det ekonomiska bidraget är för litet, de symboliska förlusterna av ett tudelat vårdssystem är betydande, att genomförandeproblem ofta skulle bli svåra och slutligen att förekomsten av oförsäkrade patienter skulle medföra återkommande krav på obligatoriska försäkringar eller skattefinansiering. Rapporten beskriver olika alternativ till ökad privat finansiering, till exempel: Traditionella höjningar av obligatoriska patientavgifter; frivilliga avgifter för icke-medicinska ”premium-tjänster”, till exempel högre tillgänglighet och högre hotellstandard vid slutna vård. Vidare avgränsningar av sjukvårdens åtagande för primär prevention, för vård med låg eller oklar nytta, för urval av planerade behandlingar samt genom en överflyttning av hela primärvården till privatfinansiering.¹⁰

Det finns även studier som visar hur finansieringssystem påverkar bl.a. tillgång till vård i olika länder i Europa. En rättvis tillgång blir större när vården finansieras genom beskattning eller socialförsäkring än när den betalas via privat försäkring eller direkt betalning.¹¹

3.2.1 Aktuella svenska rapporter

Läkemedel. När är det rimligt att betala själv?

Studieförbundet Näringsliv och samhälle (SNS) publicerade i oktober 2013 rapporten *Läkemedel. När är det rimligt att betala själv?*¹² I rapporten konstateras att samhällets resurser är begränsade och att det därför inte finns någon möjlighet att offentligt

⁹ Ibid.

¹⁰ Westander, 2011.

¹¹ Mossialos and Dixon, 2002.

¹² Carlsson och Tinghög, 2013.

finansiera alla vårdtjänster som har en positiv effekt. Prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård är därmed ofrånkomlig. Ett sätt att göra detta på är att låta individen finansiera vissa produkter och tjänster direkt ur egen ficka.

I rapporten sägs att en betydande andel av vården i dag är privat finansierad. Detta har resulterat i många exempel på skillnader i praxis mellan landstingen när det gäller gränsdragningen mellan det individuella ansvaret och det offentliga ansvaret. Det är därför enligt rapporten viktigt att uppmärksamma var, när och hur det är rimligt att individen får ta ett eget ansvar för att finansiera sin vård och när så inte är fallet. Det är viktigt att tydliggöra grunderna för dessa beslut.

Det övergripande syftet med rapporten är att analysera och diskutera grunden för egenansvar vid finansiering av vård. Rapporten avgränsas till att behandla den praktiska tillämpningen av individuellt ansvar för hälso- och sjukvårdstjänster och inte individens ansvar för sin egen hälsa. I rapporten gör man således en distinktion mellan *ansvar för hälsa* och *ansvar för vård*. Syftet är också att presentera ett ramverk för att bedöma lämpligheten av egenfinansiering och applicera detta ramverk på läkemedelsområdet.

Ramverket består av sex kriterier/egenskaper kopplade till den specifika vårdinsatsen/produkten som bör vara helt eller delvis uppfyllda för att egenfinansiering ska bedömas som rimlig.

1. Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör vara sådan att flertalet individer har god förmåga att värdera behov och kvalitet både före och efter användning.
2. Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör främst utnyttjas av individer som kan betecknas som autonoma och reflekterande i sitt beslutsfattande.
3. Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör ge små positiva externa effekter.
4. Kostnaden för den aktuella vårdinsatsen/produkten bör vara överkomlig för de flesta som har behov av den.
5. Efterfrågan på den aktuella vårdinsatsen/produkten bör vara tillräckligt omfattande och regelbunden för att en privat marknad ska kunna uppstå.

6. Vårdinsatser/produkter som syftar till att förbättra prestationer, funktion eller utseenden, utöver vad som anses normalt snarare än medicinskt nödvändigt, är mer lämpade för privat finansiering.

För att pröva ramverket i praktiken preciseras de sex kriterierna i tre nivåer. Skalan sträcker sig från 1 till 3, där 1 betyder låg lämplighet för egenansvar för finansiering och 3 indikerar hög lämplighet för egenansvar för finansiering. Se tabell nedan.

Tabell 3.1 Gruppering av egenskaper på en skala från 3 (hög) till 1 (låg) som beskriver hur väl olika kriterier för egenfinansiering är uppfyllda¹³

Kriterium	Hög (3)	Måttlig (2)	Låg (1)
<i>1. Tillräcklig kunskap</i>	Personer kan, utan medicinsk expertis, bedöma behovet, kvalitet och effekt av att använda tjänsten.	Personer kan, utan medicinsk expertis, bedöma behovet, men inte kvalitet eller effekt av att använda tjänsten.	Personer kan inte utan medicinsk expertis, bedöma behovet, kvalitet och effekt av att använda tjänsten.
<i>2. Individuell autonomi</i>	Den grupp av personer till vilka tjänsten främst riktar sig är i stånd att fatta beslut som kan betecknas som rationella och välmotiverade.	En betydande andel, men inte de flesta, av den grupp av personer till vilken tjänsten främst riktar sig är inte i stånd att fatta beslut som kan betecknas som rationella och välmotiverade.	På grund av deras hälsotillstånd, är den grupp av personer till vilka tjänsten främst riktar sig inte i stånd att fatta beslut som kan betecknas som rationella och välmotiverade.
<i>3. Externa effekter</i>	Den positiva effekten av utnyttjandet faller främst på den enskilda användaren. Ingen eller liten positiv effekt faller på omgivningen och samhället i stort.	Den positiva effekten av utnyttjandet faller både på individen som använder tjänsten och på omgivning och samhället i stort.	Den positiva effekten från utnyttjande faller främst på andra än den enskilda användaren.
<i>4. Tillräcklig efterfrågan</i>	Efterfrågan är av sådan storlek och regelbundenhet att det finns eller är troligt att ett tillräckligt utbud av tjänsten för privat konsumtion skapas.	Efterfrågan är regelbunden och förutsägbar. Men storleken på efterfrågan och möjligheten till lagerhållning är liten, vilket kan begränsa möjligheten att erbjuda tjänsten i glesbefolkade områden.	Efterfrågan är så liten och oregelbunden att det är osannolikt att ett tillräckligt utbud av tjänsten för privat konsumtion kan skapas utan offentlig finansiering.
<i>5. Överkomligt pris</i>	Årlig kostnad < 1 000 kr.	Årlig kostnad 1 000–2 000 kr.	Årlig kostnad > 2 000 kr.
<i>6. Livsstilsförbättring</i>	Tjänsten är primärt förknippad med förhöjd livskvalitet och syftar i ringa grad till att förebygga, bota eller lindra sjukdom.	Tjänsten är förenad med ringa smärta eller annat obehag och syftar till att förebygga, bota eller lindra sjukdom.	Tjänsten är förenad med påtaglig smärta eller annat obehag och syftar till att förebygga, bota eller lindra sjukdom.

¹³ Ibid.

I rapporten prövas ramverket på läkemedel för att sluta röka, vaccinationer, statiner vid behandling av måttligt höga blodfetter, läkemedel vid avancerad cancer samt läkemedelsnära produkter eller speciallivsmedel för vuxna.

Följande slutsatser dras i rapporten:

- Den form av egenansvar för finansiering som presenteras i rapporten är i hög grad förenlig med intentionerna i människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen.
- Det kan uppstå en konflikt mellan det presenterade ramverket/kriterierna och kostnadseffektivitetsprincipen när kostnadseffektiva läkemedel möjliggör egenansvar och därför med fördel kan finansieras privat trots en god kostnadseffektivitet.
- Mycket dyra läkemedel som inte är kostnadseffektiva är inte heller lämpliga för egenansvar. Samtidigt har samhället svårt att neka personer tillgång till verksamma läkemedel vid svår sjukdom. För att lösa detta dilemma bör man överväga möjligheten att samhället betalar för sådana läkemedel upp till den nivå där dessa bedöms kostnadseffektiva. Kostnaden därutöver skulle patienten kunna få möjlighet att finansiera själv. Sådana lösningar innebär antagligen en rad komplikationer som behöver utredas nog.
- För att egenansvar ska kunna tillämpas systematiskt och öppet vid prioriteringar behöver antagligen ett tidigare förslag från Socialstyrelsen till regeringen om att genomföra en översyn av den etiska plattformen aktualiseras på nytt.
- Det är angeläget att studera i vilken utsträckning privat finansiering leder till ökade skillnader i konsumtion och hälsa inom olika socioekonomiska grupper.
- Det finns inga perfekta lösningar för hur samhället ska dra gränsen för det offentliga åtagandet. Olika värden måste alltid balanseras mot varandra i syfte att uppnå en hälso- och sjukvård som är både rättvis och effektiv.

Vilken ojämlikhet är mest rättvis? Patientinflytande och egenavgifter i svensk vård

Anders Anell, professor med inriktning på hälso- och sjukvårdens organisation och ekonomistyrning vid Lunds Universitet, har som en del i forskningsprogrammet "Uppdrag välfärd" tagit fram en rapport som diskuterar privat medfinansiering inom den svenska sjukvården. Som initiativtagare till forskningsprogrammet står tankesmedjorna FORES, Entreprenörskapsforum och Stiftelsen Leading Health Care.

Anders Anell argumenterar i rapporten att det ställs allt högre krav på patientinflytande i vården vilket märks bl.a. genom vårdvalsreformer, samtidigt som det fortsatt finns krav på prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Han menar att ökat patientinflytande när det gäller val av behandling kan medföra ökade kostnader för vården och att det således finns en motsättning mellan enskilda patienters önskemål om viss behandling och mer prioriterade behov. Tre huvudsakliga lösningar diskuteras i detta avseende:

- Oförändrade villkor jämfört med i dag, dvs. kraven på prioriteringar och ökat patientinflytande hanteras separat.
- Strikta prioriteringar där patienter som önskar alternativ behandling som inte prioriteras hänvisas till den privata sjukvårdsmarknaden.
- Patientinflytande i kombination med egenavgifter för de patienter som önskar alternativ behandling som inte prioriteras.

Anders Anell menar att det ur ett rättviseperspektiv finns anledning att oftare än i dag välja den tredje lösningen och att den relevanta frågan är vilken ojämlikhet som är mest rättvis (eller minst orättvis). Det sägs att "mjuka riktlinjer" för prioriteringar innebär en risk för att påstridiga patienter kan få behandling de annars inte skulle fått, vilket kan leda till socioekonomiska ojämlikheter inom den offentligt finansierade vården. Den vård som föreslås kunna bli föremål för egenavgifter är sådan som landstingen prioriterat bort.

Medfinansiering av multifokal lins vid kataraktoperation samt hörapparater lyfts fram som exempel där vissa landsting redan i dag har börjat tillämpa metoden. Det anförs att det är fler som kan acceptera ojämlikheter utifrån individens betalningsvilja när det

gäller denna typ av vårdinsatser, än om det handlar om val mellan behandlingsalternativ som gör fler friska, lindrar smärta eller ger fler levnadsår. Det bedöms därför finnas behov av kriterier för att avgöra när patientinflytande kan kombineras med egenavgifter. Anders Anell utgår vid denna diskussion från de sex kriterier som Per Carlsson och Gustav Tinghög presenterat i SNS:s ovan nämnda rapport. Han kommer dock fram till att när det gäller egenavgifter för vård som landstingen prioriterat bort finns det i första hand tre kriterier att ta hänsyn till:

- patienters och brukares individuella autonomi,
- externa effekter och
- vilken typ av effekter som vårdtjänsten eller produkten ger.

Det första kriteriet innebär att kravet inte är uppfyllt vid vård av svårt sjuka och förvirrade patienter samt vid sjukdomar som direkt påverkar individens förmåga att fatta beslut, såsom demens och psykisk ohälsa. Det andra kriteriet innebär att om det finns positiva effekter för andra av att en viss vårdtjänst eller produkt används bör den inte avgiftsbeläggas. Ett exempel som ges är vaccinering mot smittsamma sjukdomar. Det tredje kriteriet innebär en bedömning av vårdåtgärdens effekt; akuta och livshotande skador och sjukdomar är prioriterade och i detta avseende bedöms det finnas mycket begränsade möjligheter att införa medfinansiering. Däremot anser man att det finnas ett utrymme för egenfinansiering när det gäller vårdtjänster och produkter som i första hand syftar till att förbättra livskvalitet och funktionsförmåga bland de som redan har en god hälsa.

Anders Anell argumenterar för att om patienten ges möjlighet att betala egenavgifter inom den offentliga vården för sådana insatser som landstinget prioriterat bort, kommer det att leda till att informationen till patienter om alternativa behandlingar blir bättre och att fler patienter får den vård de önskar. Eftersom förslaget bara avser vård som landstinget prioriterat bort, hävdas att det inte är i konflikt med riksdagens riktlinjer för prioriteringar (prioriteringsplattformen). Anders Anell anför vidare att ett sådant system kan gynna utvecklingen av vårdtjänster och produkter. Han konstaterar dock att de marknader som skapas genom med- och egenfinansiering på detta sätt inte är oproblematiske. Som exempel

ges fallet med hörapparaterna där det inte står klart att de brukare som väljer fritt och betalar extra verkligen får något som är bättre än landstingens sortiment. Det sägs att det ibland verkar som att informationen om landstingens sortiment inte når fram. Det nämns också att vårdgivare kan anpassa sig till ett system och utnyttja det för sin egen vinning, t.ex. genom att övertyga patienter om att efterfråga en viss tjänst eller produkt som han eller hon egentligen inte har behov av, eftersom det innebär en vinst för vårdgivaren.

4 Reglering

4.1 Internationell rätt vad gäller rätten till hälsa

4.1.1 Inledning

Efter andra världskriget fanns det en växande uppfattning bland de länder som bildade Förenta Nationerna (FN) att världssamfundet måste ta ett gemensamt ansvar för den enskildes mänskliga rättigheter. Det hade uppstått ett behov av att kunna uttrycka en världsopinion samt att för de enskilda staterna ta fram en moralisk måttstock och ett gemensamt normsystem när det gällde de mänskliga rättigheterna.¹ Att de mänskliga rättigheterna slås fast i bindande internationella regelverk innebär ett skydd mot politiskt, religiöst eller kulturellt motiverade omtolkningar.²

Sverige är i enlighet med folkrätten bunden av ingångna internationella överenskommelser och ansvarar för att åtaganden vad gäller mänskliga rättigheter motsvaras av nationell lagstiftning eller görs till en del av den inhemska rätten. En stat som har anslutit sig till en konvention kan inte åberopa nationell lagstiftning för att rättfärdiga att den inte följer konventionen.³ En stat som inte tillträtt en viss konvention om mänskliga rättigheter kan ändå vara förpliktad att respektera de rättigheter som konventionen omfattar, om de anses utgöra en av folkrättens grundkällor, s.k. sedvanerätt. Det hävdas ibland att FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, som i sig inte är bindande för någon stat, ändå ger uttryck för vissa rättigheter som utgör sedvanerätt.⁴

¹ SOU 2011:48 s. 151 och prop. 1993/94:117 s. 10.

² SOU 2010:70 s. 117.

³ Wienkonventionen om traktaträtten (Vienna Convention on the Law of Treaties), 1969, artikel 27.

⁴ Fisher, Mänskliga rättigheter – En introduktion, 2003, s. 19 f.

Regeringen har i sin skrivelse *En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna 2006–2009* slagit fast sitt långsiktiga mål att i Sverige ”säkerställa full respekt för de mänskliga rättigheterna”.⁵ Regeringen har även uttryckligen sagt att Sverige ska vara en tydlig röst i världen för de mänskliga rättigheterna och att ambitionerna ska höjas för att de mänskliga rättigheterna ska implementeras och följas fullt ut i alla världens länder.⁶ Rätten till hälsa betraktas som en av de grundläggande mänskliga rättigheterna och slås fast i ett flertal viktiga internationella överenskommelser och konventioner. Nedan beskrivs hur rätten till hälsa är definierad i några av dessa. Uppräkningen ska dock inte betraktas som komplett.

4.1.2 FN

FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna

FN:s generalförsamling har antagit ett antal resolutioner om mänskliga rättigheter som inte är bindande i sig utan som närmast är att betrakta som rekommendationer till medlemsländerna. Främst bland dessa är 1948 års allmänna förklaring om mänskliga rättigheter. Såsom nämnts tidigare kan den dock trots att den inte är bindande i sig, delvis ses som ett uttryck för sedvanerättsliga regler.⁷

Artikel 25

1. Var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande, inklusive mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster samt rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet, sjukdom, invaliditet, makas eller makes död, ålderdom eller annan förlust av försörjning under omständigheter utanför hans eller hennes kontroll.

⁵ Skr. 2005/06:95 s. 12.

⁶ Se Skr. 2007/08:109 s. 5.

⁷ Fisher, Mänskliga rättigheter – En introduktion, 2003, s. 17 och 20.

2. Mödrar och barn är berättigade till särskild omvårdnad och hjälp. Alla barn ska ha samma sociala skydd, vare sig de är födda inom eller utom äktenskapet.

Internationell konvention om avskaffande av alla former av rasdiskriminering

Denna konvention antogs 1966 och ratificerades av Sverige 1971. I artikel 5 stadgas förbudet mot rasdiskriminering samt avskaffandet av densamma i alla dess former samt kravet att stater ska tillförsäkra var och en utan åtskillnad på grund av ras, hudfärg, nationalitet eller etniskt ursprung ett antal uppräknade rättigheter. Bland de rättigheter som staten ska tillförsäkra var och en nämns ekonomiska sociala och kulturella rättigheter och då särskilt bl.a. rätten till allmän hälsovård, sjukvård, social trygghet och sociala förmåner.

Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter

Denna konvention antogs 1966 och ratificerades av Sverige 1971. Bland de många internationella dokument som slår fast rätten till hälsa innehåller konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter den starkaste formuleringen av denna rättighet.⁸

Artikel 12

1. Konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa.
2. De åtgärder som konventionsstaterna ska vidta för att till fullo tillgodose denna rätt ska innefatta sådana åtgärder som är nödvändiga för att

⁸ Forman, L och Bomze, S, 2012, s. 38.

- a) minska foster- och spädbarnsdödligheten och främja barnets utveckling,
- b) förbättra alla aspekter av samhällets hälsovård och den industriella hälsovården,
- c) förebygga, behandla och bekämpa alla epidemiska och endemiska sjukdomar, yrkessjukdomar och andra sjukdomar, samt
- d) skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom.

Internationell konvention om medborgerliga och politiska rättigheter

Konventionen antogs 1966 och ratificerades av Sverige 1971. Även om den inte specifikt berör rätten till hälsa, skyddar den ett flertal rättigheter som är direkt eller indirekt relevanta för människors hälsa, såsom rätten till livet i artikel 6, rätten till privatliv i artikel 17, rätten till frihet och personlig säkerhet i artikel 9, rätten till lika-behandling i artikel 26 och rätten att som minoritet, i gemenskap med andra, få ha sitt eget kulturliv, utöva sin religion och använda sitt språk enligt artikel 27. FN-organet Kommittén för mänskliga rättigheter som bevakar tillämpningen och genomförandet av konventionen, har exempelvis tolkat rätten till livet som ett krav på stater att vidta åtgärder för att minska spädbarnsdödlighet och öka medellivslängden, särskilt i syfte att motverka undernäring och epidemier.⁹

Konvention om avskaffande av all slags diskriminering mot kvinnor

Konventionen antogs 1979 och ratificerades av Sverige 1980. I konventionens artikel 12 anges bl.a. att konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga åtgärder för att avskaffa diskriminering av kvinnor när det gäller hälsovård för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive sådan som avser familjeplanering. Det anges vidare att konventionsstaterna ska tillförsäkra kvinnor lämplig vård vid havandeskap och förlossning samt under tiden efter nedkomsten, varvid fri vård ska stå till förfogande när det är nödvändigt.

⁹ Human Rights Committee, General Comment No 6, U.N.Doc. HRI/GEN/1 (1982), paragraf 5.

Konventionen om barnets rättigheter

Barnkonventionen antogs 1989 och ratificerades av Sverige 1990 och innehåller särskilda bestämmelser om barns rätt till hälso- och sjukvård. Barnkonventionen har den mest omfattande uppräkningsningen av statliga förpliktelser när det gäller hälsa.¹⁰

Artikel 24

1. Konventionsstaterna erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.
2. Konventionsstaterna ska sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt och ska särskilt vidta lämpliga åtgärder för att,
 - a) minska spädbarns- och barnadödligheten;
 - b) säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig sjukvård och hälsovård med tonvikt på utveckling av primärhälsovården;
 - c) bekämpa sjukdom och undernäring, däri inbegripet åtgärder inom ramen för primärhälsovården, genom bl.a. utnyttjande av lättillgänglig teknik och genom att tillhandahålla näringsrika livsmedel i tillräcklig omfattning och rent dricksvatten, med beaktande av de faror och risker som miljöförstöring innebär;
 - d) säkerställa tillfredsställande hälsovård för mödrar före och efter förlossningen;
 - e) säkerställa att alla grupper i samhället, särskilt föräldrar och barn, får information om och har tillgång till undervisning om barnhälsovård och näringslära, fördelarna med amning, hygien och ren miljö och förebyggande av olycksfall samt får stöd vid användning av sådana grundläggande kunskaper;
 - f) utveckla förebyggande hälsovård, föräldrarådgivning samt undervisning om och hjälp i familjeplaneringsfrågor.

¹⁰ Forman och Bomze, 2012, s. 40.

3. Konventionsstaterna ska vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa.
4. Konventionsstaterna åtar sig att främja och uppmuntra internationellt samarbete i syfte att gradvis uppnå det fulla förverkligandet av den rätt som erkänns i denna artikel. Särskild hänsyn ska tas till utvecklingsländernas behov.

Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

Denna konvention antogs 2006 och ratificerades av Sverige 2008. Konventionen innehåller ett antal artiklar som direkt eller indirekt behandlar hälsa, såsom artikel 9 som slår fast att personer med funktionsnedsättning har rätt att på lika villkor som andra, få tillgång till den fysiska miljön vilket innebär undanröjande av hinder för tillgänglighet bl.a. vad avser vårdinrättningar. Med stöd av artikel 25 erkänner konventionsstaterna att personer med funktionsnedsättning har rätt att få bästa möjliga hälsa och utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning samt bl.a. att erbjuda sådan hälsoservice som personer med funktionsnedsättning behöver särskilt på grund av deras funktionsnedsättning. Konventionen introducerar även en ny mänsklig rättighet relaterad till hälsa för personer med funktionsnedsättning i artikel 26, nämligen rätten till habilitering och rehabilitering.¹¹ Samma artikel ålägger även konventionsstaterna att bl.a. vidta åtgärder för att möjliggöra största möjliga oberoende, full fysisk, mental, social och yrkesmässig förmåga samt fullt inkluderande och deltagande i livets alla aspekter för personer med funktionsnedsättning. Det slås vidare bl.a. fast att konventionsstaterna ska främja tillgång till, kännedom om och användning av hjälpmedel och teknik som är utformade för personer med funktionsnedsättning och som främjar habilitering och rehabilitering.

¹¹ Forman och Bomze, 2012, s. 41.

4.1.3 Europarådet och WHO

Den europeiska sociala stadgan

Ytterligare en konvention som behandlar sociala och ekonomiska rättigheter är den Europeiska sociala stadgan som lades fram för undertecknande av Europarådets medlemmar 1961. En reviderad version godkändes 1996 och Sverige har anslutit sig till denna.

Artikel 11 – rätt till skydd för den enskildes hälsa

För att trygga den enskildes rätt till skydd för sin hälsa åtar sig parterna att, antingen direkt eller i samarbete med offentliga eller privata organisationer, vidta de åtgärder som är nödvändiga bl.a. för

1. Att så långt som möjligt undanröja orsakerna till ohälsa,
2. Att lämna råd och upplysningar för befrämjande av god hälsa och uppmuntran till personligt ansvarstagande i hälsofrågor,
3. Att så långt som möjligt förebygga uppkomsten av epidemier, folksjukdomar och andra sjukdomar samt olycksfall.

Konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och människans värdighet med avseende på tillämpning av biologi och medicin (Biomedicinkonventionen)

Sverige deltog i utarbetandet av Europarådets Biomedicinkonvention och undertecknade den 1997. Sverige har emellertid inte ratificerat konventionen och är således inte bunden av den. Konventionens artikel 3 innehåller bl.a. krav på konventionsstaterna att vidta lämpliga åtgärder för att tillhandahålla tillgång till lika vård på lika villkor med för ändamålet erforderlig kvalitet.

World Health Organizations (WHO) konstitution

WHO är ett organ inom FN som arbetar med hälsorelaterade frågor i ett globalt perspektiv. WHO:s konstitution antogs 1946 och undertecknades av ett stort antal av FN:s medlemsstater. Sverige är medlem i WHO och har således undertecknat konstitutionen.

Denna är emellertid inte bindande utan betraktas snarare som en gemensam målsättning för utveckling.

I förordet till konstitutionen räknas ett antal principer upp som parterna till dokumentet kommit överens om som grundläggande för alla människors lycka, goda relationer och säkerhet. Begreppet hälsa definieras t.ex. som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välmående och inte enbart avsaknaden av sjukdom eller svaghet”. Det slås vidare fast att åtnjutande av bästa möjliga hälsa är en av de fundamentala rättigheter som tillkommer varje människa oberoende av ras, religion, politisk åsikt eller ekonomiska eller sociala förutsättningar.

4.1.4 EU

Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna

EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna är bindande för EU:s medlemsländer.

Artikel 34 – Social trygghet och socialt stöd

1. Unionen erkänner och respekterar rätten till tillgång till social trygghet och sociala förmåner som garanterar skydd i sådana fall som moderskap, sjukdom, olyckor i arbetet, omsorgsbehov eller ålderdom samt vid arbetslöshet i enlighet med närmare bestämmelser i unionsrätten samt nationell lagstiftning och praxis.
2. Var och en som är bosatt och förflyttar sig lagligt inom unionen har rätt till social trygghet och sociala förmåner i enlighet med unionsrätten samt nationell lagstiftning och praxis.
3. I syfte att bekämpa social utestängning och fattigdom ska unionen erkänna och respektera rätten till socialt stöd och till stöd till boendet som, i enlighet med närmare bestämmelser i unionsrätten samt i nationell lagstiftning och praxis, är avsedda att trygga en värdig tillvaro för alla dem som saknar tillräckliga medel.

Artikel 35 – Hälsoskydd

Var och en har rätt till tillgång till förebyggande hälsovård och till medicinsk vård på de villkor som fastställs i nationell lagstiftning och praxis. En hög nivå av skydd för människors hälsa ska säkerställas vid utformning och genomförande av all unionspolitik och alla unionsåtgärder.

4.1.5 Begreppet rätt till bästa möjliga hälsa för alla

De konventioner och internationella dokument som hänvisats till ovan utgör i huvudsak politiska styrdokument och är inte i rättslig mening direkt bindande för staten. De innehåller därför inte heller konkreta sanktionsbestämmelser för det fall en stat inte lever upp till innehållet. Rättigheterna har i stället getts ett mellanstatligt skydd och vilar på folkrättslig grund vilket innebär att en stats brott mot en enskilds mänskliga rättigheter samtidigt är ett brott mot folkrätten, vilket ska leda till ansvar på internationell nivå.¹² Det är en vanlig ordning att det finns någon form av övervakning från de behöriga internationella organ som ansvarar för dokumentet och att dessa avger rapporter och kommentarer i syfte att på ett vägledande sätt tolka det avsedda innehållet enligt olika bestämmelser.¹³ Staten kan vidare få påpekanden eller kritik från det behöriga organet om staten inte anses ha en nationell lagstiftning som fullt överensstämmer med vad som följer av konventionsåtagandena.

När det gäller rätten till bästa möjliga hälsa som slås fast i de konventioner som anges ovan, är det inte definierat i konventionstexten vad begreppet innebär. Det leder ofta till ett visst mått av tolkningsutrymme. Som nyss nämnts är de olika behöriga organens kommentarer avsedda att ge vägledning när det gäller att tolka vidden av åtagandena i respektive konvention.

FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har, i egenskap av övervakningskommitté för FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, i en kommentar år 2000 utvecklat hur kommittén bedömer att innehållet i

¹² Fisher, Mänskliga rättigheter – En introduktion, 2003, s. 13.

¹³ SOU 2011:48 s. 162.

konventionens artikel 12 ska tolkas.¹⁴ I kommentaren anges att varje människa har, för att kunna leva ett värdigt liv, rätt till förutsättningar för bästa möjliga hälsa. Med begreppet rätt till bästa möjliga hälsa för alla avses dels folkhälsa, dels den enskildes hälsa. Individens rätt till bästa möjliga hälsa i förhållande till statens skyldighet att tillhandahålla vård, innebär dock ingen garanti att individen ska vara frisk eller skyddas mot varje form av sjukdom. Det innebär snarare en garanti för att en individs möjligheter till bästa möjliga hälsa inte ska inskränkas, allt i syfte att ge individen förutsättningar att leva ett värdigt liv. En individs rätt till hälsa måste, enligt den ovan angivna kommentaren, bedömas såväl i relation till individens biologiska och socioekonomiska förutsättningar som till en stats tillgängliga resurser. Statens skyldighet att erbjuda envar rätt till bästa möjliga hälsa, innebär också utöver tillhandahållande av hälso- och sjukvård, även sådant som är viktigt för att bästa möjliga hälsa ska kunna garanteras, såsom tillgång till näringsrik mat, bostäder, tillgång till rent dricksvatten, säkra och hälsosamma arbetsförhållanden och en hälsosam miljö.¹⁵ Även utbildning och information i hälsofrågor samt jämlikhet mellan könen omfattas av statens skyldigheter. Innebörden av rätten till hälsa ges vidare betydande vägledning av kommitténs ståndpunkt att trots att rätten till bästa möjliga hälsa varierar från land till land beroende på landets resurser, kan fyra grundläggande kriterier användas för att bedöma om en stat lever upp till sina åtaganden, de så kallade AAAQ-kriterierna (availability, accessibility, acceptability och quality).¹⁶ Rätten till bästa möjliga hälsa definieras således även utifrån kriterierna tillgång, tillgänglighet, acceptabel och kvalitet när det gäller bl.a. vårdinstanser, vården i sig och vårdtjänster.¹⁷

Förverkligandet av kravet på bästa möjliga hälsa för alla kan innebära att staten vidtar olika åtgärder, såsom antagande av olika riktlinjer och program på hälso- och sjukvårdens område eller genom införande av specifik lagstiftning. När det gäller konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, åligger

¹⁴ Substantive issues arising in the implementation of the ICESCR, General Comment No 14 [2000]).

¹⁵ Substantive issues arising in the implementation of the ICESCR, General Comment No 14 [2000]), p. 4.

¹⁶ Substantive issues arising in the implementation of the ICESCR, General Comment No 14 [2000]), p. 12.

¹⁷ Jfr. SOU 2011:48 s. 19 och Forman och Bomze, 2012, s. 47.

det staterna att med alla tillgängliga medel arbeta med säkerställandet av de mänskliga rättigheterna på nationell nivå genom så kallad progressiv realisering. Detta innebär att det i denna konvention inte ställs krav på att staterna omedelbart ska genomföra målen men att tillgängliga resurser ska utnyttjas så att rättigheterna i konventionen gradvis förverkligas i sin helhet.¹⁸ Enligt FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter innebär progressiv realisering av skyldigheten att erbjuda bästa möjliga hälsa enligt konventionens artikel 12, att konventionsstaterna har en särskild och pågående förpliktelse att så snabbt och effektivt som möjligt uppfylla åtagandet.¹⁹ Det ställs större krav på rika länder att snabbare genomföra de mål och förpliktelser som konventionen innebär. Sverige bedöms i detta sammanhang vara ett land med större resurser.²⁰ När det gäller åtagandena i konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter, gäller i stället att konventionsstaterna måste realisera dem omedelbart och oberoende av statens finansiella kapacitet. Viktigt att understryka är att arbetet med implementeringen av en konvention inte får innebära att en rådande situation försämras, varken för statens medborgare eller för andra som vistas inom statens territorium.

FN:s tidigare särskilde rapportör för rätten till bästa möjliga hälsa, Paul Hunt, besökte Sverige 2006 i syfte att undersöka hur den svenska regeringen arbetar nationellt och internationellt för att tillförsäkra var och en rätten till bästa möjliga hälsa. Slutsatserna presenterades i en rapport i februari 2007. I rapporten angavs att levnadsstandarden, medborgarnas hälsonivå och kvaliteten på hälso- och sjukvården i Sverige är bland de bästa i världen. Det konstaterades dock att det fanns bristande kunskap om att bästa möjliga hälsa är en mänsklig rättighet samt att det framkommit skillnader mellan olika landsting vad gällde den enskildes möjlighet att få tillgång till vård. Paul Hunt uttryckte vidare oro över de problem som många marginaliserade grupper i samhället upplevde när de sökte vård, vilka hade sin grund i diskriminering, kostnader för vård samt att vården inte tog tillräckliga kulturella hänsyn. Han

¹⁸ Artikel 2.1 konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

¹⁹ Substantive issues arising in the implementation of the ICESCR, General Comment No 14 [2000]), p. 31.

²⁰ SOU 2011:48 s. 163 och FN:s tidigare särskilde rapportör för rätten till hälsa, Paul Hunt, i sin rapport över besöket i Sverige 2006.

rekommenderade därför att regeringen skulle vidta åtgärder för att bekämpa ojämlikheter när det gällde hälsa och tillgång till vård. Åtgärderna skulle inte enbart fokusera på diskriminering utan även på andra problem såsom kostnader för vård, vilka enligt rapporten medförde att vissa grupper av befolkningen saknade tillgång till vård.²¹

Staten har således en skyldighet att med alla tillgängliga medel sträva efter att uppnå målen i bl.a. konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna och att tillförsäkra alla rätten till bästa möjliga hälsa. Förutom att erbjuda tillgång till sjukvård har staterna också en skyldighet att bedriva en politik som förebygger sjukdomar och som därigenom leder till bästa möjliga hälsa för alla människor. När det gäller en stats eventuella brott mot skyldigheten att erbjuda bästa möjliga hälsa till alla enligt konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, är det viktigt att skilja mellan en stats oförmåga respektive ovilja att uppfylla de krav som anges i artikel 12. Om en stat är ovillig att använda sina tillgängliga resurser bryter staten mot sina åtaganden.²² Nära kopplat till rätten till bästa möjliga hälsa för alla är principen om icke-diskriminering. Konventionsstaterna åtar sig även att garantera rättigheterna i konventionen utan diskriminering av något slag på grund av ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationell eller social härkomst, egendom, börd eller ställning i övrigt.²³

4.2 Nationell rätt²⁴

4.2.1 Landstingets ansvar att erbjuda vård

Den nya patientlagen (2014:821), PL, började gälla den 1 januari 2015. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande

²¹ Se Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt, Mission to Sweden, 2007, p. 8, 23, 40 och 41.

²² SOU 2011:48 s. 164.

²³ Se artikel 2.2 i konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna.

²⁴ Detta avsnitt är i huvudsak en sammanfattning av en rapport som tagits fram på uppdrag från Smer inom ramen för detta projekt. *Rapport till Smer. Egen- och medfinansiering i vården. 2014-06-27*, av Lotta Lerwall, docent i offentlig rätt vid Uppsala universitet.

och delaktighet. Flera av hälso- och sjukvårdslagens grundläggande regler om t.ex. patientens rätt till information m.m. har flyttats över från hälso- och sjukvårdslagen till den nya lagstiftningen. Vissa ändringar har också gjorts såsom att informationsplikten gentemot patienten är utvidgad och förtydligad, det klargörs att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan samtycke och patienten ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet.²⁵ Landstingens skyldighet att erbjuda öppen vård utvidgas således till att även gälla patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård.²⁶

Landstingen har ett övergripande ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård till dem som är bosatta inom landstingen enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.²⁷ Landstinget ska vidare erbjuda öppen vård åt dem som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Dessa patienter omfattas dock inte av landstingets vårdgaranti (4 § HSL). Inom ramen för den s.k. vårdgarantin (3 g § HSL) har landstingen en skyldighet att tillförsäkra att patienten inom en viss tid får:

- kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),
- besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti),
- besöka den specialiserade vården (besöksgaranti) och
- planerad vård (behandlingsgaranti).

Om besöks- eller behandlingsgarantin inte kan uppfyllas har patienten rätt att utan extra kostnad få vård hos en annan vårdgivare (3 h § HSL).²⁸

²⁵ Prop. 2013/14:106 s. 1.

²⁶ 9 kap. 1 § patientlagen, prop. 2013/14:106 s. 10.

²⁷ Därutöver har landstingen vissa skyldigheter att erbjuda vård till asylsökande och s.k. papperslösa personer som befinner sig i Sverige utan tillstånd enligt lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Skyldigheten att erbjuda vård gäller även för dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1981:481) och stadigvarande vistas inom landstinget samt dem som har rätt till vårdförmåner enligt vad som följer av EU:s förordning 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen samt dem som avses i 5 kap. 7 § st. 1 socialförsäkringsbalken och omfattas av nämnda förordning.

²⁸ Se 2 kap. 3 § patientlag, prop. 2013/14:106 Patientlag, s. 7.

Landstinget har även ett ansvar att erbjuda habilitering och rehabilitering, hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning och tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva m.fl., till de som är bosatta inom landstinget eller som är kvarskrivna där (3 b HSL).

År 2010 infördes systemet med fritt vårdval, som innebär att den vårdsökande har möjlighet att välja utförare av sjukvårdstjänster och en fast läkarkontakt inom landstinget (5 § 2 st. HSL).

4.2.2 Hälso- och sjukvårdens mål

Som nämns i föregående avsitt har landstingen ett ansvar att erbjuda ”hälso- och sjukvård”. Hälso- och sjukvård definieras i 1 § HSL såsom ”åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador”. Det handlar således om åtgärder som är motiverade p.g.a. sjukdom eller skada.²⁹ I bestämmelsen klargörs att därutöver ingår även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna. Definitionen i den nya patientlagen överensstämmer med denna, med den skillnaden att omhändertagande av avlidna inte finns med.³⁰ När det gäller landstingets skyldigheter och befogenheter är det innebörden av begreppet hälso- och sjukvård i HSL som är den primära utgångspunkten.

Målet för hälso- och sjukvården, enligt HSL är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (2 § HSL). Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (2 § HSL). Bestämmelserna ger uttryck för människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen som tillsammans med kostnadseffektivitetsprincipen (28 § HSL) utgör den s.k. prioriteringsplattform som ska

²⁹ Begreppet hälso- och sjukvård förekommer även i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, patientdatalagen (2008:355) och patientskadelagen (1996:799) och har då delvis annan betydelse. Av patientsäkerhetslagen 1 kap. 2 § framgår att när det gäller hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter har begreppet hälso- och sjukvård en vidare innebörd jämfört med HSL. Där ingår även tandvård, omskärelse av pojkar och verksamhet som rör handel med läkemedel i detaljhandeln. 5 § patientskadelagen omfattar detsamma men med tillägget ”annan liknande verksamhet” (efter omskärelse av pojkar) och när det gäller 1 kap. 3 § patientdatalagen ingår även psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård, smittskydd, fastställande av könstillhörighet i vissa fall m.m. Vissa av skillnaderna i begreppsbyggnaden kan förklaras av ändamålen med de olika lagarna.

³⁰ Se 1 kap. 5 § PL, prop. 2013/14:106 s. 6.

vara vägledande för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (se avsnitt 6.3).

Hälso- och sjukvården ska vidare bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård (2 a § HSL). Det innebär bland annat att vården ska vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Som nämnts har patientens rätt till information samt krav på samtycke utvidgats och förtydligats i och med införandet av den nya patientlagen. Patienten ska ges information om bl.a. de metoder för undersökning, vård och behandling som finns och om möjligheten att välja behandlingsalternativ (2 b § HSL, 3 kap. PL). Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (3 kap. 6 § PL) och den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen (3 kap. 7 § PL). Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras (4 kap. 1 § PL) och hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte något undantag är uppfyllt (4 kap. 2 § PL).

Vårdpersonalen har också en skyldighet att utföra sitt uppdrag i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Detta krav gäller all hälso- och sjukvård, oavsett om den bedrivs offentligt eller privat.

Om det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet har landstinget en skyldighet att ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar 3 a § HSL och 7 kap. 1 § PL (se även 6 kap. 7 § PSL).³¹ Det finns således ett visst utrymme för patienten att göra aktiva val mellan olika vårdalternativ. Ett villkor för detta är dock att den valda behandlingen framstår som befogad i förhållande till den aktuella sjukdomen och till kostnaderna för behandlingen. Det finns således en begränsning i landstingets möjligheter att erbjuda behandlingsalternativ där kostnaderna inte motsvarar nyttan av behandlingen.³²

³¹ I den nya patientlagen finns denna bestämmelse i 7 kap. 1 §, prop. 2013/14:106 s. 9.

³² Prop. 2013/14:106 s. 75 f.

4.2.3 Landstingets möjlighet att överlämna vårduppgift till enskild (med offentlig finansiering)

I HSL anges att ett landsting får ”sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för” (3 § 3 st. HSL). Landstinget ska då ange de villkor som gäller för överlämnandet. Tidigare angavs en begränsning när det gäller överlämnandet ifråga om *sjukhusvård* på så sätt att det krävdes att landstinget uppställde krav på att vården bedrevs utan vinstsyfte och att vården uteslutande skulle bedrivas med offentlig finansiering och vårdavgifter.³³ Denna bestämmelse kallades för ”stopplagen” och upphävdes 2007. I förarbetena inför ändringen anfördes att detta var en omotiverad inskränkning i den kommunala självstyrelsen och att det inte finns några bärande skäl för att begränsa landstingens möjligheter att själva bestämma över hur hälso- och sjukvården ska drivas och organiseras. Regeringen pekade även på skillnaden mellan sjukhusvård och annan vård, där det i det sistnämnda fallet inte fanns några begränsningar ifråga om möjligheterna att överlämna vårduppgifter till vinstdrivande företag.³⁴

Offentlig upphandling

Med offentlig upphandling avses de åtgärder som vidtas av en upphandlande myndighet i syfte att tilldela ett kontrakt eller ingå ett ramavtal avseendet varor, tjänster eller byggentreprenader (2 kap. 13 § LOU). Syftet med denna reglering, som till största del bygger på EU-rättslig lagstiftning, är att genom konkurrens skapa förutsättningar för en god hushållning med offentliga medel. LOU gäller för offentlig upphandling av bland annat varor och tjänster (1 kap. 2 §). Skyldigheten att upphandla gäller för de ”upphandlande myndigheterna”. Dessa är både statliga och kommunala myndigheter och bl.a. landstingsfullmäktige (2 kap. 19 § LOU). Upphandling enligt LOU behöver enbart ske om det rör den typ av tjänster som räknas upp i 3 kap. 1 § LOU och värdet på det aktuella kontraktet beräknas uppgå till minst de tröskelvärden som Euro-

³³ SFS 2005:534.

³⁴ Prop. 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus, s. 11.

peiska kommissionen beslutat om.³⁵ Även om driften av verksamheten överläts till entreprenören, kvarstår huvudmannskapet på landstinget, som därigenom har det yttersta ansvaret för verksamheten.

Till följd av att hälsovårdstjänster i stor utsträckning är undantagna från upphandlingsdirektivet (2004/18)³³ då de är s.k. B-tjänster³⁶ finns möjligheter till nationella sÄrlösningar så länge de EU-rÄttsliga principerna om likabehandling, proportionalitet och transparens respekteras.³⁷ År 2009 trädde lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) i kraft. Denna lag omfattar hälso- och sjukvårdstjänster samt socialtjänster och är ett alternativ till offentlig upphandling enligt LOU.³⁸ Enligt lagstiftaren är de kontrakt som tecknas med stöd av LOV tjänstekoncessioner och faller därför utanför direktiven om upphandling.³⁹ En skillnad mot att tillämpa LOU blir att det inte finns någon skyldighet att föra in bestämmelser om tekniska specifikationer, att efter annonsera, inga krav på uteslutning av leverantörer som dömts för viss typ av brottslighet, inga krav på intermistiska åtgärder och ingen möjlighet till skadestånd.⁴⁰

Valfrihetssystem och fritt vÄrdval

Enligt 5 § HSL ska landstinget organisera primÄrvÄrden så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och kunna välja en fast läkarkontakt (vÄrdvalssystem). Som tidigare nämnts innebär patientlagen att patienten får rätt att välja utförare av offentligt finansierad öppen vÄrd både inom och utom sitt landsting.⁴¹ När landstinget beslutat att införa ett vÄrdvalssystem ska

³⁵ När landstinget vill ingå ett kontrakt rörande varor och tjänster måste upphandling ske enligt 3 kap. 1 § 1 st 2 p. LOU om värdet överstiger 1 806 427 kr, vilket är tröskelvärdet för dessa kontrakt enligt tillkännagivande [2014:5] av tröskelvÄrden vid offentlig upphandling.

³⁶ B-tjänster räknas upp i bilaga 3 till LOU.

³⁷ Prop. 2008/09:29 s. 59.

³⁸ Ibid. s. 1.

³⁹ A. prop. s. 59.

⁴⁰ Sundstrand, A., Offentlig upphandling – LOU och LUF, Studentlitteratur, 2010, s. 71.

⁴¹ Prop. 2013/14:106 s 10 och 83 ff. Samtidigt införs en Ändring i 4 § HSL, som innebär att varje landsting ska erbjuda öppen vÄrd till patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård (prop. s. 125).

LOV tillämpas (5 § HSL). Att införa valfrihetssystem enligt lagen om valfrihetssystem är emellertid frivilligt.⁴²

Valfrihetssystemet enligt LOV innebär att landstinget tecknar ett skriftligt kontrakt med ekonomiska villkor om tillhandahållande av en tjänst med privata företag och ideella organisationer för att dessa ska utföra stöd, vård- och omsorgstjänster. Detta innebär att patienter och vårdsökande har möjlighet att välja vårdleverantör utan att det blir någon skillnad i kostnad för patienten.⁴³ Eftersom ersättningen till alla leverantörer är densamma, är det meningen att leverantörerna i stället ska konkurrera med kvalitet. De företag och ideella organisationer som är intresserade har möjlighet att lämna in en ansökan för godkännande som leverantörer (5 kap. 1 § LOV). Den yttersta gränsen för vilka tjänster ett landsting eller en kommun får låta omfattas av ett valfrihetssystem regleras av kommunallagen och hälso- och sjukvårdslagen.⁴⁴ Landstingens och kommunernas kompetens styr därmed vilka tjänster som privata utförare kan uppdras att tillhandahålla inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården samt omsorgen, se nedan.⁴⁵

4.2.4 Landstingens kompetens⁴⁶

Frågan om landstinget får erbjuda med- eller egenfinansierade vårdinsatser beror först och främst på om landstinget har kompetens att utföra tjänsterna. Ledning får i första hand sökas i HSL och i andra hand i kommunallagen.

De uppgifter och skyldigheter som följer av HSL är en specialreglerad kompetens som direkt anger landstingets skyldigheter och befogenheter.⁴⁷ Det står således landstinget fritt att erbjuda insatser som faller inom begreppet hälso- och sjukvård enligt HSL. En annan sak är att landstinget kan ha valt att begränsa det offentligt

⁴² Prop. 2008/09:29 s. 54.

⁴³ Prop. 2008/09:29 s. 18 ff.

⁴⁴ Prop. 2008/09:74 s. 32.

⁴⁵ Prop. 2008/09:29 s. 60.

⁴⁶ Landstingens kompetens är ett begrepp som används för att beskriva den yttersta gränsen för vad landstinget kan göra inom ramen för sin verksamhet.

⁴⁷ Detsamma gäller lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

finansierade utbudet i vissa fall och därmed inte erbjuder vissa insatser som visserligen räknas som hälso- och sjukvård.

För det fall HSL eller annan lagstiftning inte ger landstingen kompetens att erbjuda vissa tjänster, måste stöd för sådan verksamhet sökas i bestämmelserna i kommunallagen om landstingens allmänna kompetens. Principerna rörande den kommunala kompetensen gäller såväl kommuner som landsting. Dessa är lokaliseringsprincipen, likställighetsprincipen och självkostnadsprincipen. Utgångspunkten för denna bedömning är att det finns ett allmänintresse i att landstinget ägnar sig åt den aktuella verksamheten (2 kap. 1 § kommunallagen); att åtgärden ”uppbärs av ett allmänt till landstinget knutet intresse” (RÅ 1993 ref. 25). Vad som rymms inom allmänintresset, och därmed utgör en (landstings-) kommunal angelägenhet, går inte att fastställa med någon strikt juridisk exakthet. I den mån de tjänster som landstinget vill erbjuda kan anses vara av allmänt intresse och således en angelägenhet för landstinget (enligt 2 kap. 1 §), kan det vara godtagbart att sådana tjänster erbjuds mot betalning. En viktig begränsning är dock att verksamheten bedrivs utan vinstsyfte (2 kap. 7 § kommunallagen). Detta innebär inte ett absolut vinstförbud, men syftet med verksamheten får inte vara att generera överskott eller vara vinstbringande. Självkostnadsprincipen i 8 kap. 3 c § kommunallagen gäller fortfarande. Den typ av näringsverksamhet som kommuner och landsting får ägna sig åt brukar kallas ”sedvanlig kommunal verksamhet” medan deras möjligheter att agera på den öppna och konkurrensutsatta marknaden är ytterst begränsade.⁴⁸ Här bör även nämnas att 3 kap. 27–28 §§ i konkurrenslagen (2008:579) förbjuder landsting att driva en verksamhet som begränsar konkurrensen på marknaden.⁴⁹

I förarbetena till LOV diskuterades *kommuners* möjligheter att utföra tilläggstjänster (på det sociala området). Här kan konstateras att 1 kap. 7 § lag (2009:47) om vissa kommunala befogenheter ger kommuner rätt att tillhandahålla servicetjänster åt personer

⁴⁸ Prop. 1990/91:117 Ny kommunallag, s. 33. Bohlin, A., Kommunalrättens grunder, Norstedts juridik, 2011, s. 104 f.

⁴⁹ Eftersom landstinget inte har monopol att erbjuda hälso- och sjukvård kan det finnas privata alternativ och således en ”marknad” oavsett vilka prioriteringar landstinget har gjort.

som fyllt 67 år.⁵⁰ Enligt 8 § får kommunen ta ut en avgift, men den får inte överstiga självkostnaden. Det finns alltså en specialreglerad kompetens för kommuner att erbjuda vissa tilläggstjänster. Någon sådan motsvarighet för landstingen ifråga om tilläggsinsatser saknas i lagen om vissa kommunala befogenheter.

När kan då tilläggsinsatser som inte är hälso- och sjukvård anses vara av sådant allmänt intresse (2 kap. 1 §) att de omfattas av landstingets kompetens med stöd av kommunallagen?

I propositionen till LOV anfördes att de servicetjänster som inte ryms inom socialtjänstlagen eller dåvarande servicelagen ”inte kan anses utgöra en kommunal angelägenhet”. Regeringen menade att det saknas ett allmänt intresse för att kommunen ska utföra sådan verksamhet. Det skulle medföra negativa konsekvenser för småföretagsamheten, vilket ansågs stå i strid med syftet bakom regleringen (se nedan). Regeringen ansåg att risken för att det privata näringslivet skulle hämmas om även kommunala leverantörer skulle få utföra tilläggstjänster var större än de eventuella fördelar detta skulle innebära för vissa brukare.

Samma avvägning och resonemang kan föras fram ifråga om landstingets möjligheter att utföra tilläggstjänster och konsekvenserna av det för de privata vårdgivarna i konkurrenshänseende. Slutsatsen blir i sådant fall att erbjudande av tilläggstjänster som faller utanför landstingets specialstadgade kompetens i bl.a. HSL inte är ett allmänt intresse och kan medföra konkurrensbegränsningar. I den utsträckning som det finns en öppen marknad för dessa tilläggsinsatser, kan man därför argumentera för att det är tveksamt att landstingets erbjudande av tjänsterna utgör ett allmänt intresse och således en angelägenhet för landstinget.⁵¹

Något som talar emot en sådan slutsats är att det historiskt sett inte funnits någon marknad för de tilläggsinsatser det rör sig om och att det är först genom senare års reformer som det uppkommit en marknad för hälso- och sjukvårdsrelaterade tjänster av olika slag. Detta skulle tala för att de tilläggsinsatser som inte omfattas av begreppet hälso- och sjukvård i HSL:s mening trots allt kan anses falla inom ramen för landstingets angelägenheter av allmänt in-

⁵⁰ När propositionen till LOV skrevs fanns denna bestämmelse i dåvarande servicelagen (lag 2006:492 om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre).

⁵¹ Lerwall Lotta, 2014, s. 15.

tresse och utgöra ”allmännyttiga tjänster”. De skulle därmed vara kompetensenliga, eftersom de hittills ansetts vara det. Det kan också diskuteras om det faktum att det uppkommer en marknad (med privata utförare) för tjänster som hittills utförts av en offentlig huvudman, ska förändra synen på vad som ingår i den kommunala kompetensen.⁵²

För de tilläggstjänster som bedöms ligga utanför landstingens kompetens (både den specialreglerade och den allmänna) uppkommer frågan om de ändå kan anses vara tillåtna med stöd av s.k. anknätnings- eller överskotts-kompetens.⁵³

4.2.5 Utrymmet för privata utförare att erbjuda tilläggstjänster

I detta avsnitt behandlas frågan om privata vårdgivare får erbjuda tilläggsinsatser som med- eller egenfinansieras av patienten och om landstinget kan begränsa denna möjlighet. Redogörelsen avser de privata vårdgivare som utför offentligt finansierad vård och som därutöver erbjuder tilläggsinsatser. De vårdgivare som uteslutande erbjuder vård utan offentlig finansiering behandlas inte.

3 § HSL ger landstingen en rätt att ställa upp villkor i samband med överlämnandet av vårduppgifter till en privat entreprenör. Inom ramen för ett valfrihetssystem sluter den upphandlande myndigheten och leverantörerna skriftliga kontrakt med ekonomiska villkor om tillhandahållande av en tjänst. Kommuner och landsting ges på detta sätt möjlighet att i avtal reglera förutsättningarna för valfrihetssystemet genom att ange särskilda sociala, miljömässiga och andra villkor för hur kontraktet ska fullgöras (4 kap. 2 § LOV). Att verksamheten ska bedrivas i enlighet med gällande regelverk är ett krav som med nödvändighet måste ställas. Alla leverantörer som ansökt om att få vara med i ett valfrihets-

⁵² Ibid. s. 15 ff.

⁵³ Anknätningskompetens är kompetens för kommunen att bedriva en verksamhet, som inte rymms inom den allmänna eller specialreglerade kompetensen, men som har så stark anknytning till sådan verksamhet att den ändå tillåts. Överskotts-kompetens omfattar en form av ”överservice” i en i och för sig kompetensenlig verksamhet som man vill avyttra på den öppna marknaden i konkurrens med privata aktörer. Det ställs vissa krav för att det ska anses vara fråga om anknätnings- respektive överskotts-kompetens.

system och som uppfyller de fastställda kraven, godkänns, varefter kontrakt tecknas.⁵⁴

En slutsats av detta är att landstinget, i samband med upphandling enligt lagen om valfrihetssystem, torde kunna ställa krav på privata utförare att med offentlig finansiering enbart erbjuda vissa hälso- och sjukvårdsinsatser som landstinget bestämt. Detta skulle innebära att medfinansiering av en aktuell tjänst i princip blir omöjlig. Det får till följd att om patienten vill ha en annan behandling än den landstinget valt får han eller hon betala för den helt själv, dvs. egenfinansiera insatsen. Så skulle kunna vara fallet vid starroperationer, om landstinget ställer som krav att enbart en viss typ av lins får sättas in. Vill patienten ha en synkorrigerande lins får han eller hon betala hela kostnaden själv.⁵⁵

För det fall man kommer fram till att medfinansiering av vårdinsatser strider mot de etiska principerna i prioriteringsplattformen i HSL, är det olagligt för såväl landsting som privata utförare att erbjuda sådana tjänster.⁵⁶

Landstinget torde dock inte kunna påverka vilka tjänster som den privata utföraren erbjuder utan samband med den offentligt upphandlade vården. När det gäller kommunal verksamhet har regeringen konstaterat att en konsekvens av valfrihetssystemet är att de externa leverantörerna, som agerar inom systemet, har möjlighet att utöka verksamheten och nå större lönsamhet, genom att erbjuda ytterligare tjänster.⁵⁷ Detta torde gälla även på hälso- och sjukvårdsområdet och innebär således att privata utförare har rätt att utöver det offentligt finansierade utbudet erbjuda ytterligare tjänster som patienten får betala med egna medel, dvs. egenfinansiera om han eller hon så önskar. I samband med upphävandet av den s.k. stopplagen uttryckte regeringen att det kan finnas ett intresse hos den privata entreprenören att utnyttja en eventuell överkapacitet, eftersom lokaler och utrustning därmed kan användas mer kostnadseffektivt. Det sades att entreprenören blir mindre sårbar med fler än en uppdragsgivare.⁵⁸ Detta stöder slutsatsen att

⁵⁴ Prop. 2008/09:29, s. 1.

⁵⁵ Detta stycke bygger inte på Lerwalls rapport utan är Smers egen bedömning efter samråd med Pål Resare, SKL.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Prop. 2008/09:29 s. 123.

⁵⁸ Prop. 2006/07:52 s 12.

lagstiftaren inte avsett att uppställa några hinder för privata vårdgivare att erbjuda tjänster utöver de som ingår i uppdraget som finansieras med offentliga medel. En annan sak är att de då helt och hållet får finansieras av patienten.

4.2.6 Tilläggsinsatsernas förenlighet med prioriteringsplattformen

I en diskussion om det är förenligt med den etiska plattformen i HSL att erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser som egen- eller medfinansieras av patienten, aktualiseras frågan i vilken utsträckning de etiska principerna gäller.

Hälso- och sjukvård är ett offentligt ansvar. Vid den s.k. prioriteringsplattformens införande betonades samhällets ansvar för en god vård på lika villkor och att vården ska vara ett gemensamt ansvar som finansieras genom skatter och avgifter.⁵⁹ Hälso- och sjukvårdslagen anger landstingens (3–16 §§) och kommunernas (17–25 §§) skyldigheter när det gäller hälso- och sjukvård. Bestämmelserna ger i och för sig landstinget rätt att sluta avtal med andra vårdgivare, men lagen syftar till att säkerställa samhällets ansvar för vården. Även om bestämmelserna huvudsakligen riktar in sig på landstingens och kommunernas ansvar, gäller bestämmelserna i 2–2 h §§ för *all* hälso- och sjukvård, både offentlig och privat. Det innebär att den s.k. prioriteringsplattformen i 2 § (och 28 §) gäller oavsett driftsform.⁶⁰ I förarbetena till upphävandet av den s.k. stopplagen klargörs vidare att de krav landstinget uppställer bland annat i fråga om prioriteringar ska gälla även i de fall den privata entreprenören kan sälja eventuell överkapacitet till andra än landstinget.⁶¹ I den mån tjänsterna är i form av överproduktion, och således inom ramen för hälso- och sjukvårdsuppdraget, kan krav ställas på att prioriteringsplattformen respekteras.

För att svara på frågan om tilläggsinsatser är förenliga med prioriteringsplattformen måste man ta reda på vilka konsekvenser

⁵⁹ Prop. 1996/97:60 s. 7.

⁶⁰ Se vidare Axelsson, E., s. 64.

⁶¹ Prop. 2006/07: 52 s. 12.

en viss insats innebär för hälso- och sjukvården och upprätthållandet av de etiska principerna.

Inverkan på behovsprincipen synes kunna vara både positiv och negativ. Om vårdåtgärden erbjuds parallellt med den vanliga vården torde med all sannolikhet materiella och personella resurser tas i anspråk som annars skulle kunna användas för att utföra vård inom det offentliga uppdraget. Det vore osannolikt om den sjukvårdsapparat, den kompetens och övriga personella och materiella resurser som då tas i anspråk, endast skulle vara relevanta just för tilläggsinsatserna. Det innebär att landstingets resurser används för något annat än dess huvuduppdrag. Det i sin tur måste rimligtvis få konsekvenser för vårdtider och vårdköer genom att patienter får stå tillbaka under den tid som tilläggstjänsterna tar i anspråk. Det innebär att landstingets resurser inte läggs på att ge den med störst behov av vård företräde (jfr 2 § HSL) och behovsprincipen sätts därmed åt sidan. Om tilläggsinsatserna leder till sådana konsekvenser kan man säga att de får ”undanträngningseffekter” vad gäller resurser avsedda för offentligt finansierad vård.⁶²

I den mån tilläggsinsatsen förhindrar (eller fördröjer) att patienten behöver återkomma för förnyad behandling kan effekten på vård- och väntetider i stället kunna bli den motsatta. I sådana situationer kan hävdas att behovsprincipen inte sätts åt sidan genom att vårdtiden generellt ”effektiviseras”. Detsamma gäller tilläggsinsatser som på annat sätt i förlängningen effektiviserar hälso- och sjukvården. När det gäller medfinansierade hjälpmedel där utprovning etc. inte tar mer tid eller resurser i anspråk än motsvarande offentligt finansierade hjälpmedel, torde inte heller behovsprincipen sättas åt sidan. Huruvida tilläggsinsatserna är förenliga med behovsprincipen beror således på vilka insatser det rör sig om och vilka effekter de har för den fortsatta vården av patienten samt för hälso- och sjukvården i stort.

När det gäller solidaritetsprincipen och målet i HSL med en god vård på lika villkor för alla, kan argumenteras för att dessa mål inte kan upprätthållas när det är möjligt för vissa patienter att mot extra betalning få vård av bättre kvalitet än den som erbjuds patienter inom ramen för landstingets offentligt finansierade utbud. Förarbetena beskriver solidaritet som ”utfallet av vården ska bli så lika

⁶² Lerwall, Lotta 2014, s. 23.

som möjligt, dvs. att alla ska nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet”.⁶³ Med tilläggsinsatser som möjliggör att vissa patienter ges vård av högre kvalitet, blir utfallet inte längre så lika som möjligt eftersom alla inte har ekonomisk möjlighet att nyttja tilläggsinsatserna. Å andra sidan kan hävdas att inom ramen för det offentliga åtagandet (och den offentliga finansieringen) är målet med ett så lika utfall som möjligt intakt. Prioriteringsprinciperna ska emellertid gälla all vård och därmed även tilläggsinsatser. Rättsläget är dock oklart om solidaritetsprincipen innebär ett hinder för att en patient inom ramen för den offentliga vården ”betalar extra” för att få bättre kvalitet.

Genom att ta landstingets resurser i anspråk för att utföra tilläggs-tjänster kan även diskuteras om kostnadseffektivitetsprincipen sätts åt sidan. Om patienten egenfinansierar en hälso- och sjukvårdsinsats kan man fundera över om det blir någon kostnad för landstinget. Samtidigt kan det vara så att resurser (material och personal) används till något annat än vad de är avsedda till, vilket inte torde vara ett effektivt sätt att använda resurserna. Om så är fallet kan sägas att kostnadseffektivitetsprincipen inte följs. I de fall tilläggsinsatsen medför att hälso- och sjukvårdsåtgärder som annars varit nödvändiga inte behövs kan hävdas att resurserna använts på ett kostnadseffektivt sätt. En bedömning från fall till fall måste således göras även vad gäller huruvida en tilläggsinsats är förenlig med kostnadseffektivitetsprincipen.⁶⁴

⁶³ Prop. 1996/97:60 s. 20.

⁶⁴ Lerwall, Lotta, s. 24.

5 Mål och etiska utgångspunkter

5.1 Inledning

Staten, myndigheter, landsting och kommuner har liksom enskilda och grupper mål de vill uppnå när det gäller hälso- och sjukvård. En del av dessa mål formuleras i hälso- och sjukvårdslagen, HSL, liksom i den av riksdagen antagna prioriteringsplattformen. Dessa anger därmed också ramar för sjukvårdens verksamhet.

Något som är ett hinder givet ett mål kan innebära en möjlighet givet ett annat mål. Den som vill tjäna pengar på att tillverka och försälja olika typer av hjälpmedel har inte nödvändigtvis samma mål som den som vill försöka se till att vårdresurser fördelas efter behov. Målen måste därför identifieras och preciseras. Olika perspektiv här och i senare avsnitt kan förhoppningsvis visa sig vara användbara för genomlysning av argument och förutsättningar.

5.2 Prioriteringsplattformen

Genom riksdagens beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården finns nationella kriterier för prioriteringar.¹ Den etiska plattformen för prioriteringsbeslut syftar till att förstärka och fördjupa hälso- och sjukvårdslagens grundtema och mål, en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Riktlinjerna och plattformen ska vara vägledande för beslutsfattare både på politisk/administrativ nivå och i den kliniska vardagen inom vården.

¹ Prop. 1996/97:60. Betänkande 1996/97:SoU14.

De grundläggande principerna i den etiska plattformen är de tre principerna människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.²

(A) Människovärdesprincipen

Denna princip säger inte i första hand vad som ska göras utan vad som inte ska göras. På så sätt har även den en vägledande funktion.

Människovärdet är inte knutet till människors personliga egenskaper eller funktioner i samhället. Till exempel begåvning, social ställning, inkomst, ålder och etnisk tillhörighet får inte avgöra vem som får vård eller kvaliteten på vården. Människovärdesprincipens viktigaste funktion är att den tydligt visar på vilka grunder prioriteringar inte får göras. Syftet med principen är att förhindra exempelvis diskriminering, stigmatisering och kommersialisering av människan. Enligt denna princip ska inte heller grupptillhörighet få utgöra grund för särbehandling. Att en sjukdom är ovanlig blir då inte relevant som grund för särbehandling.

Begreppet människovärde har en central plats i den etiska debatten, och används ofta som utgångspunkt för etiska resonemang och vid ställningstaganden i konkreta etiska frågor. Tanken att alla människor har ett egenvärde just för att de är människor och inte för vad de har eller gör, utgör grunden för och innebörden i deklARATIONER om mänskliga rättigheter.

Principen kan tolkas på flera sätt. I prioriteringssammanhang är den s.k. likarättstolkningen den tolkning som avses. Alla människor har samma rättigheter och samma rätt att få sina rättigheter tillgodosedda. I detta avseende är ingen förmer än någon annan. Principen kan då tolkas som bas för mänskliga rättigheter. Den anknyter till Oviedokonventionens artikel 1. Vi har mänskliga rättigheter därför att vi har den värdighet och integritet som anges i denna artikel. Sverige har skrivit under men inte ratificerat Europarådets Oviedokonvention, där idén om mänskliga rättigheter tillämpas på sjukvård och medicinsk forskning. Den främsta anledningen till att Sverige ännu inte ratificerat konventionen är att

² För en utförligare diskussion av de tre principerna se Göran Hermerén, *Prioriteringar: val och värden i vården*. Vetenskaps societetens Årsbok. Lund: Vetenskaps societeten i Lund, 2014: 65–96.

Sverige saknar reglering för ställföreträdande beslutsfattande för personer med nedsatt beslutsförmåga.

Att alla har samma rätt och lika värde är dock inte ett tillräckligt urvalskriterium när resurserna är begränsade. Ett urval måste då göras utifrån behov.

(B) Behovs- och solidaritetsprincipen

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Rättvisa är en central utgångspunkt när det gäller prioriteringar. Därför är det viktigt att precisera vilka kriterierna för rättvis fördelning är i detta sammanhang. Den centrala idén i utredningen och de nationella riktlinjerna är att resurserna ska fördelas efter tillståndens svårighetsgrad, dvs. efter de individuella behovens styrka.

Tillståndets svårighetsgrad kopplas i den etiska plattformen till hälso- och livskvalitetsrelaterade behov såsom förekomst av sjukdom, ohälsa och dålig livskvalitet. Med andra ord är det patienter med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten som i första hand ska prioriteras. Solidaritet innebär också att man särskilt ska beakta behoven hos de svagaste, t.ex. de som inte är medvetna om sitt människovärde, har mindre möjlighet än andra att göra sin röst hörd eller att utnyttja sina rättigheter. Hit hör, enligt prioriteringsutredningen, bl.a. barn, dementa, medvetlösa, förvirrade, personer med psykiska funktionshinder och andra som av olika skäl har svårt att kommunicera med sin omgivning. Detta ideal om solidaritet kan vara svårt att uppnå, men man kan och bör enligt prioriteringsutredningen sträva efter att närma sig det.

Men hur kan man avgöra om en viss sjukdom är svårare än en annan? Faktorer som främst brukar vägas in är risken för död och närvaro av (eller risk för) funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet.

En viktig fråga blir hur behovens styrka avgörs på individ- och gruppnivå: Detta sker i praktiken genom provtagning, anamnes respektive analys av epidemiologiska data. Behov är vidare något annat än efterfrågan. Naturligtvis kan behov och efterfrågan sammanfalla, men det finns situationer där människor efterfrågar sådant de inte behöver, kanske påverkade av skicklig marknads-

föring eller påkostade reklamkampanjer. Det finns också människor som inte efterfrågar vård som de behöver därför att de inte har råd, är alltför svaga eller okunniga.

När Socialstyrelsen gör prioriteringar i sina nationella riktlinjer skiljer man mellan *behov* i (a) *tillståndets svårighetsgrad* och (b) *effekterna* av insatserna. Det senare utifrån en definition som brukar tillskrivas den finländske filosofen G H von Wright: ”behov har vi av det som vi far illa av att vara utan”. Det innebär att man bara har behov av åtgärder med gynnsamma nettoeffekter, inte av åtgärder utan effekter eller av åtgärder där ogynnsamma effekter riskerar att dominera över gynnsamma.

(C) Kostnadseffektivitetsprincipen

Denna princip formulerades i prioriteringsutredningen först för jämförelser mellan olika behandlingar av samma tillstånd. Då kunde principen ges en skarpare och mer precis formulering. Senare formulerades den om i utredningens slutbetänkande för att kunna tillämpas på jämförelser mellan olika behandlingar av skilda tillstånd. Då blev principen något vagare: ”vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör man eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet.”³

Den etiska utgångspunkten för de tre principerna är lite olika, och därför blir också rangordningen mellan principerna viktig när potentiella konflikter mellan principerna ska hanteras. Kostnadseffektivitetsprincipen ska underordnas de andra principerna enligt prioriteringsutredningen, dvs. människovärdesprincipen ska tillämpas först, sedan behovs- och solidaritetsprincipen och till sist kostnadseffektivitetsprincipen.

De nationella riktlinjerna för prioriteringar baseras på dessa principer som föreslogs av prioriteringsutredningen 1995. Vid bedömningen av hur sjukvårdens resurser ska fördelas utgår man i de nationella riktlinjerna från tillståndets svårighetsgrad, effekten av åtgärden, det vetenskapliga underlagets styrka, kostnadseffektiviteten och det hälsoekonomiska underlagets styrka.

³ Vårdens svåra val. SOU 1995:5, s. 119.

Dessa komponenter vägs av Socialstyrelsen samman till en prioritering på en skala från 1 (högst) till 10 (lägst). Redan i prioriteringsutredningen sägs att ingen har behov av en åtgärd som saknar effekt. Därför måste man givetvis skilja mellan tillståndets svårighetsgrad och effekten av insatsen.

Människovärdesprincipen är viktig inte minst i just detta sammanhang, men glöms ofta bort. Som kommer att framgå är denna princip i hög grad relevant när olika former av egen- och medfinansiering diskuteras. I stället hamnar fokus ofta på kostnads-effektiviteten.

En viktig fråga i detta sammanhang är hur man hanterar situationer där det vetenskapliga beslutsunderlaget saknas eller är svagt.⁴

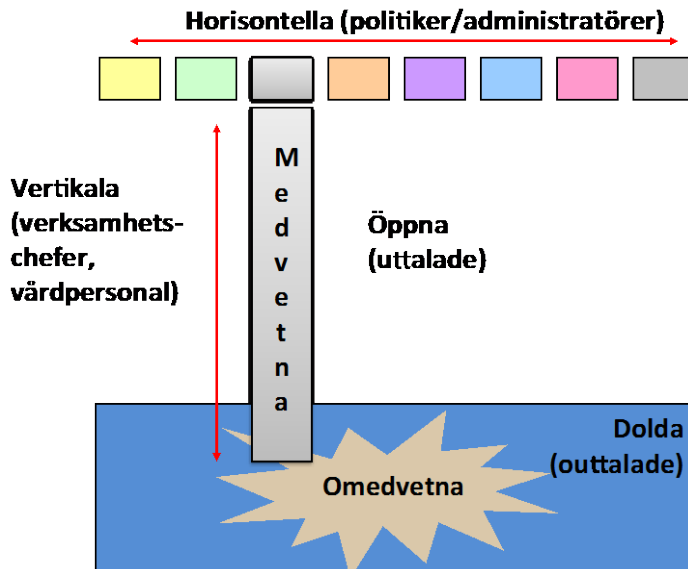
Det bör också påpekas att vi får olika resultat vid beräkningarna av kostnaderna beroende på vilka eller vems kostnader som tas med i beräkningen. Om vi räknar kostnaden för varje individuell behandling eller om vi också tar hänsyn till volymen (dvs. den totala kostnaden för hälso- och sjukvården t.ex. per budgetår) – eller om dessa kostnader av skilda slag också relateras till effekten av insatsen.

5.2.1 Typer av prioriteringar

När de grundläggande prioriteringsprinciperna ska omsättas i praktiska prioriteringar kan det vara till hjälp att först klara ut vilka typer av prioriteringar som görs och på vilka nivåer. På makronivån i hälso- och sjukvården tas beslut om fördelningar mellan olika inriktningar – det kan gälla t.ex. prioriteringar mellan förebyggande insatser, akutvård, vård vid kronisk sjukdom och rehabilitering. Prioriteringarna kan också gälla olika sjukdomsgrupper. Man talar då om *horisontella* prioriteringar (figur 1).

⁴ Sahlin N-E, Persson J, Vareman N, 2011.

Figur 5.1 Prioriteringar på olika nivåer och i olika dimensioner. Modifierat efter Rosén P: Attitudes to prioritisation in health services. The views of citizens, patients, health care politicians, personnel, and administrators. PhD Thesis. NHV-rapport 2002:1



På mesonivån (ledningsnivå i verksamheterna) görs *vertikala* prioriteringar genom resursfördelning och vårdprogram. På mikro-nivån, dvs. i den dagliga kliniska verksamheten, görs också vertikala prioriteringar, t.ex. valet mellan olika omvårdnads- eller behandlingsinsatser för enskilda patienter.

Rollfördelningen är inte alltid helt klar. Som framgår av figuren kan prioriteringar vara utsagda (explicita, öppna) eller utsagda (implicita). En grundbult i Prioriteringsutredningens förslag (1995) var att prioriteringar borde vara öppna, dvs. att de ska vara resultatet av medvetna val:

- Grunderna ska vara kända.
- Konsekvenserna ska vara kända.
- Besluten, grunderna och konsekvenserna ska vara tillgängliga för alla.

- Det kan finnas prioriteringar som är medvetna men inte alltid utsagda, annat än kanske i medicinska journaler. Bland de utsagda prioriteringarna finns också omedvetna prioriteringar.

5.2.2 Prioriteringsprocessen

Öppna prioriteringar kräver ett strukturerat arbetssätt för prioriteringar. På nationell nivå är det tydligaste uttrycket för ett strukturerat arbetssätt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för de vanligaste och allvarligaste sjukdomsgrupperna. Här följs en strukturerad process enligt en matris med följande komponenter för varje tillstånds/ åtgärdspar:

- Tillståndets svårighetsgrad
- Effekter (inklusive biverkningar)
- Evidens för effekter (det vetenskapliga underlagets styrka enligt en redovisad skala)
- Kostnadseffektivitet
- Evidensstyrka för det hälsoekonomiska underlaget
- Rekommendation (prio 1–10, icke-göra, FoU)

Denna matris tar hänsyn till två av Prioriteringsutredningens tre grundläggande prioriteringsprinciper (behovs/solidaritets- respektive kostnadseffektivitetsprincipen). Den tredje, människovärdesprincipen, griper över hela processen – enligt den får man inte göra prioriteringar utifrån ålder, kön eller social ställning, såvida det inte finns starka rent medicinska skäl för detta.

En prioriteringsgrupp med representanter för professioner och patienter gör den slutliga vägningen på en 10-gradig skala, där 1 innebär högsta och 10 lägsta prioritet. Till detta kommer en icke-göralista över insatser som i dag görs i svensk sjukvård trots att det finns mer effektiva, säkrare och billigare alternativ. De tillstånds-/åtgärdspar där kunskapsläget är oklart och det finns pågående klinisk forskning, sätts upp på en FoU-lista.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska vården bygga på *vetenskap och beprövad erfarenhet*. Båda vägs in vid prioriteringarna. Detta gäller t.ex. många av omvårdnadsinsatserna för svårt sjuka per-

soner. Som beprövad erfarenhet gäller de åtgärder som det råder konsensus kring – också processen att bedöma samsynen har formaliserats.

I praktiken får rekommendationer på nivån 1–3 på prioriteringslistan karaktären av ”ska göras”, 4–6 ”bör göras” och 7–10 ”kan göras” (och i stigande grad ”kan undvaras”). När tilldelade offentliga resurser inte räcker till är det etiskt försvarbart att landstingen i första hand skär bort insatser med lägst prioritering.

5.2.3 Begreppet God vård

Committee on the Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, kom 2001 med rapporten *Crossing the Quality Chasm – A New Health System for the 21st century*. I rapporten presenteras sex målsättningar för hälso- och sjukvården. Dessa har omsatts till svenska förhållanden av Socialstyrelsen genom konceptet *God vård*. De sex områden som lyfts fram som viktiga förutsättningar för God vård är:

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
2. Säker hälso- och sjukvård
3. Patientfokuserad hälso- och sjukvård
4. Effektiv hälso- och sjukvård
5. Jämlik hälso- och sjukvård
6. Hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Områdena betraktas som ett kvalitetsmått på hälso- och sjukvård men används även som ett instrument för uppföljning och förbättring. Socialstyrelsen har identifierat ett antal uppföljningsområden som visar på viktiga aspekter inom hälso- och sjukvården och som tillsammans kan belysa processer, resultat och kostnader i hälso- och sjukvården utifrån God vård. Exempel på sådana uppföljningsområden är Åtgärdbar dödlighet, Undvikbar slutenvård, Vårdrelaterade infektioner, Anmälningar enligt Lex Maria och Läke-medelsanvändning. Till områdena finns indikatorer kopplade i syfte att ge en indikation på om God vård bedrivs. En viktig del i Socialstyrelsens arbete med att utarbeta nationella indikatorer för

God vård är det indikatorarbete som bedrivs inom ramen för Socialstyrelsens nationella riktlinjer för God vård. Varje nationell riktlinje ska innehålla indikatorer som speglar God vård för det område riktlinjerna avser och som speglar de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna.⁵

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

I en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård används systematiskt insamlad, granskad, värderad och sammanställd vetenskaplig kunskap på ett metodiskt sätt. Som grund för handlandet ligger också reflekterad och kollektiv klinisk erfarenhet. Vidare krävs kunskap om kommunikation och bemötande samt kunskaper om enskilda patienters förståelse, önskemål och förväntningar som inhämtats genom dialog med patienterna. För detta krävs ett genomtänkt etiskt förhållningssätt. Dessa kunskaper utgör också ett stöd för beslutsfattarens planering och öppna prioriteringar vid fördelning av vårdinsatser, med utgångspunkt i den etiska plattformen och med stöd av uppgifter om kostnadseffektivitet.

Med ändamålsenlig hälso- och sjukvård avses att nyttan med vården för patienten är större än olägenheten, såsom eventuella risker eller skador. För att kunna bedöma om vården är ändamålsenlig krävs att målet för vården är fastställt.

Säker hälso- och sjukvård

En säker vård minskar risken för vårdskador. Med vårdskador avses lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd. Grunden för säker vård är att diagnostik, vård och behandling utförs på rätt sätt. En förutsättning för att förebygga vårdskador är att vårdgivaren har ett utvecklat ledningssystem för kvalitet och säkerhet. Exempel på viktiga delar i ett aktivt riskförebyggande säkerhetsarbete är en systematisk standardisering och utvärdering av metoder och rutiner, kontinuerlig mätning av förekomsten av vårdskador, avvikelse-

⁵ Socialstyrelsens rapport *Nationella indikationer för God Vård*, 2009.

rapportering, system som säkerställer att vårdpersonalen har adekvat kompetens och att endast ändamålsenliga och säkra tjänster, produkter och tekniker används.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården bygger på respekt för människors lika värde, självbestämmande och integritet. Det är viktigt att patienten bemöts utifrån hans eller hennes sociala sammanhang och att vården utförs med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. Vården ska i möjligaste mån planeras och genomföras i samråd med patienten. Största möjliga kontinuitet i kontakter och information bör eftersträvas och olika insatser bör samordnas på ett ändamålsenligt sätt så att möjligheten till oberoende i det dagliga livet stärks. Detta förutsätter en dialog mellan patienten, hälso- och sjukvårdspersonalen och ofta även närstående. Patientens kunskap, förståelse och insikt är förutsättningar för att han eller hon ska kunna vara delaktig i och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling.

Effektiv hälso- och sjukvård

Effektiv vård innebär att de tillgängliga resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen. Effektivitet kan därför enkelt uttryckas som måluppfyllelse i förhållande till de insatta resurserna. En effektiv vård har hög måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser. Det betyder att hälso- och sjukvården ska hålla hög kvalitet i förhållande till de resurser som används för att vården ska anses vara effektiv. Begreppet hög kvalitet är alltså relativt och bör mätas i förhållande till hälso- och sjukvårdens mål.

Jämlik hälso- och sjukvård

Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oberoende av t.ex. personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social

ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Eftersom hälsa inte är jämnt fördelad över befolkningen, bör målsättningen för hälso- och sjukvården vara att prioritera de som har störst behov. Vården bör vara hälsoinriktad och hälsofrämjande. Jämlig vård har direkt koppling till den etiska plattformen och de tre principer som slagits fast av riksdagen i syfte att vara vägledande för prioriteringar inom hälso- och sjukvården; människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Det är dessa principer som ligger till grund för att HSL:s krav på god vård på lika villkor realiserar.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att vård erbjuds utan att eventuella väntetider påverkar patienten negativt i fysisk, psykisk eller social mening. Beslut om tidsramen för de vårdinsatser som patienten har behov av ska fattas i dialog med honom eller henne och utformas i enlighet med riksdagens prioriteringsprinciper. Hälso- och sjukvård i rimlig tid förutsätter att tilldelningen av resurser utgår från befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Optimering av processer och rutiner i hälso- och sjukvårdens alla led ökar sannolikheten för att vård i rimlig tid ska kunna erbjudas till samtliga patientgrupper.⁶

5.3 Specifika etiska utgångspunkter

Rådet utgår i sin analys från de allmänna målen och utgångspunkterna i internationella konventioner och gällande rätt som beskrivits i avsnitten ovan. I detta avsnitt formuleras och anges de specifika etiska utgångspunkter som rådet enats om inför sin analys av denna fråga.

⁶ Se Socialstyrelsens rapport *Nationella indikatorer för God vård*, 2009, s. 19–26.

5.3.1 Människovärde

Rådet har i tidigare skrifter beskrivit en humanistisk människosyn. Den enskilda människans värde som tänkande och kännande varelse, utgör grunden för människans naturliga rättigheter. Enligt den humanistiska människosynen får den enskilda människan aldrig betraktas eller behandlas enbart som ett medel. Vidare har rådet i skriften ”Det svårfångade människovärdet” anfört att:

- människovärdet är knutet till existensen, inte till funktioner eller egenskaper,
- människovärdet är ett axiom, som inte kan bevisas genom empirisk undersökning eller prövning,
- människovärdet innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter som ska respekteras och att i dessa avseenden är ingen förmer än någon annan,
- människovärdet utesluter inte möjligheten att värdera människors egenskaper, lämplighet eller kvalifikationer i ett visst bestämt sammanhang för till exempel ett bestämt uppdrag.

Den grundläggande utgångspunkten att alla människor har lika värde, med samma rätt att få sina rättigheter tillgodosedda, är en central förutsättning för rådets diskussioner.

Människovärdesprincipen – och den bakomliggande idén om människovärde – kan tolkas på flera sätt, som framgår av Smers debattskrift om det svårfångade människovärdet. Kritik har framförts att principen är vag och flertydig. Olika tolkningar av den bör därför hållas isär. Den tolkning som används här kan kallas ”likarättstolkningen”; den innebär, som ovan framgått, att alla människor har samma värde och samma rättigheter, oberoende av social och ekonomisk ställning i samhället.

En annan tolkning kan kallas ”respekttolkningen”. Den innebär att mänskligt liv, liksom annat liv, kräver respekt. Respekt kan graderas. Befruktade ägg får inte utsättas för meningslösa och godtyckliga experiment. Människor på äldreboenden ska behandlas med respekt, även om de är dementa. Att inte göra det kränker deras värdighet. Den ska respekteras även hos dem som av olika skäl inte kan uttrycka sin egen vilja t.ex. i livets början eller livets slut.

En besläktad men starkare tolkning av människovärdesprincipen kan kallas "okränkbarhetstolkningen". Den bygger på den kantianskt inspirerade tanken att det finns sådant som vi kan sätta pris på, köpa och sälja som såpa och mjöl. Till detta hör inte människolivet. Det har ett oändligt värde och får inte kränkas. Ingen får berövas livet eftersom livet är okränkbart. Därför är också slaveri etiskt oacceptabelt. Det innebär en kränkning av slavarnas människovärde. Av detta skäl anser också många att det är fel att använda andra människor enbart som medel för att tillfredsställa sina behov eller önskningar.

De olika tolkningarna behöver inte utesluta varandra. När de tillämpas på konkreta problem kan resultatet bli detsamma. Slaveri som institution kan kritiseras med utgångspunkt från alla tolkningarna, och detsamma gäller diskriminering av individer och grupper på basis av t.ex. härkomst, religion, begåvning, ekonomisk ställning. Men självklart kan tolkningarna av principen ibland leda till olika resultat. Det är därför viktigt att ange vilken tolkning som förutsätts, när människovärdesprincipen åberopas för eller mot ett förslag.

5.3.2 Rättvisa: Lika vård på lika villkor

Det finns flera olika rättvisekrav och principer. Den grundläggande idén i kravet på rättvisa är att lika ska behandlas lika. Därför är det omoraliskt att särbehandla vissa grupper om det inte finns etiskt relevanta skillnader dem emellan. Detta är ett formellt krav som behöver kompletteras med kriterier på vad som är relevanta likheter och skillnader.

Vad som är etiskt relevanta skillnader är dock inte alldeles lätt att exakt ange och synen på detta kan ändras över tid. Kriterierna beror på vilka etiska utgångspunkter som valts och hur dessa tolkas och tillämpas.

I 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) slås fast att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen samt att vården ska ges med respekt för människors lika värde och den enskilda människans värdighet.

Den som har det största behovet ska ges företräde till vården. Av prioriterings- och resursskäl kan det vara berättigat att enbart erbjuda en metod till de grupper som har de största medicinska behoven.

5.3.3 Integritet

Enligt sina latinska rötter betyder integritet helhet eller sammanhang. Integritet kommer från ett latinskt ord som betyder orörd, helhet. Man kan dela upp begreppet i fysisk och psykisk integritet. När det gäller fysisk integritet är den helhet som avses kroppen. Ingen har rätt att invadera eller undersöka någon annans kropp utan den personens samtycke. När det gäller psykisk integritet avses det samlade komplexet av individens värderingar, föreställningar, åsikter och önsknings, liksom individens trosföreställningar och mentala liv. Detta får inte bli föremål för intrång eller manipulation. Individens åsikter och värderingar får inte kränkas.

Integritet är även intimt sammankopplat med identitet på så sätt att varje människa är unik och att det är just det som gör att människans identitet också blir viktig. Det som utmärker integriteten är att den inte upphör för att man själv inte förmår hävda den. I bl.a. detta avseende skiljer sig integriteten från autonomin. Förmågan att fatta beslut som ligger i ens egna långsiktiga intressen förändras under livets gång, medan rätten till integritet inte varierar på motsvarande sätt.

5.3.4 Självbestämmande och autonomi

Ett av grundbegreppen inom den medicinska etiken är autonomi eller rätten till självbestämmande baserat på respekt för personer. Enligt denna princip ska var och en ha rätt att bestämma över sitt eget liv i enlighet med sin egen uppfattning om vad som är ett gott liv och kunna leva i enlighet med sina egna värderingar och grundläggande önskemål. Detta har ibland betraktats som något som har ett värde i sig. Den enskilde har således en principiell rätt att acceptera eller motsätta sig en av läkaren föreslagen behandling.

Autonomi har traditionellt inte setts enbart som ett värde som ska främjas, utan som något som ger upphov till restriktioner för hur man får behandlas av andra. Tanken är då att om en individ är vuxen och beslutskompetent, så ska inte andra få hindra individen att fatta självständiga beslut och genomföra dem, åtminstone så länge individen inte kränker någon annans rättigheter eller skadar någon annan. Genom att precisera dessa rättigheter och skilja mellan olika typer av skador kan kravet på autonomi ges olika

innebörd. Enligt detta sätt att resonera har människor i allmänhet en moralisk plikt att inte begränsa andras autonomi, även om denna plikt kan upphöra att gälla om andra viktiga värden står på spel. Detta sätt att se på autonomi är dominerande, framför allt i liberal tradition inom medicinsk etik.

I medicinsk etik har rätten att få sina beslut respekterade länge hävdats och är en del av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det medför bland annat en rätt att inte genom påverkan förmås eller tvingas att genomgå medicinska behandlingar. I stället har man rätt att veta vad behandlingen innebär, hur riskabel och smärtsam den är, vilka konsekvenser det sannolikt för med sig att genomgå behandlingen respektive att avstå från den, och därefter en rätt att säga ja eller nej till behandlingen.

Under senare tid har det dock blivit vanligare att hävda att olika medicinska verksamheter också ska stärka patientens autonomi. Detta gäller exempelvis genetiska test och assisterad befruktning. Autonomi ses som ett mål som verksamheten ska uppnå eller ett värde som verksamheten ska stärka.

Informerat samtycke

Kravet att en medicinsk åtgärd ska föregås av ett informerat samtycke tillmäts stor betydelse i medicinsk etik. För att kunna utöva självbestämmande måste man vara väl informerad. Förutsättningen för att en person ska kunna handla och välja självständigt och ta moraliskt ansvar för sina handlingar, är att han eller hon har haft tillgång till saklig information om vilka förutsättningar och konsekvenser som gäller för olika handlingsalternativ, förstått denna information och på basis av detta lämnat sitt samtycke, dvs. inte ha varit utsatt för tvång eller i sådan beroendeställning att det fria informerade valet blir en illusion.

Svårigheten att nå fram till ställningstaganden baserade på ett fritt och informerat samtycke ska inte underskattas. Den kan bl.a. bero på förväntningar, språkbruk samt den sociala och psykologiska situationen. Inom hälso- och sjukvården ställs individen inte sällan inför svåra och ibland livsavgörande valsituationer. Därför är fritt och informerat samtycke viktigt.

Informerat samtycke är centralt i den etiska diskussionen om erbjudande av olika vårdinsatser.

6 Etiska aspekter och värdekonflikter

6.1 Inledning

Förutsättningarna för med- och egenfinansiering handlar om den offentliga sjukvårdens uppdrag och hur detta uppdrag och dess avgränsning påverkar den enskilde patienten.

Utgångspunkten för den nuvarande svenska hälso- och sjukvårdsideologin är en viss tolkning av grundläggande värden som solidaritet och rättvisa.

6.2 Allmänt om det etiska huvuddilemmat

Som redan framhållits innebär möjligheter till egen- och medfinansiering inom hälso- och sjukvården att patienten kan köpa tilläggsinsatser och på detta sätt få en annan dyrare och eventuellt bättre behandling eller vårdprodukt.

Detta aktualiserar följande etiska huvuddilemma:

Å ena sidan

- kan patienter som har råd köpa hälso- och sjukvårdsinsatser och på detta sätt i en del fall höja sin vårdkvalitet.

Å andra sidan

- finns det därmed risk för en utveckling mot vård på ojämlika villkor, vilket skulle stå i strid med människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen i Hälso- och sjukvårdslagen.

Egenfinansiering av vård aktualiserar samma etiska huvudkonflikt men berör främst insatser som har bedömts att stå utanför den offentligt finansierade vården. Detta antingen genom att det inte finns någon medicinsk indikation, alternativt att man genom utbudsbegränsningar, prioriterar ner insatser som skulle kunna ha en positiv effekt på patienters hälsa alternativt kunna förebygga ohälsa eller vara medicinskt motiverat.

6.3 Konflikter mellan skilda etiska värden

6.3.1 Inledning

Etiska problem förutsätter konflikter mellan värden. Diskussionen om egen- och medfinansiering aktualiserar konflikter mellan grundläggande värden som rättvisa, solidaritet, trygghet och frihet. Dessa värden kan tolkas på flera sätt, och det kan råda konflikter inte bara mellan dem utan också inom dem, särskilt om de tolkas på olika sätt:

- den enes rättvisa mot den andres och
- solidaritet med den ene kontra solidaritet med den andre.

Därför kommenteras några konflikter mellan olika värden kortfattat i de följande.

Rätten till självbestämmande och kravet på rättvisa

Rättvisa och självbestämmande är båda väletablerade etiska värden. Om alla vill ha mest och bäst sjukvård till sig själv, och resurserna är begränsade och inte räcker till alla, uppstår en konflikt mellan rätten till självbestämmande och kravet på rättvisa. Här döljer sig emellertid ett flertal värdekonflikter, beroende på hur bland annat ”rättvisa” och ”respekt för autonomi” (diskuteras i avsnitt 5.3.4) tolkas.

I detta sammanhang avser rättvisa fördelning av eller tillgång till hälso- och sjukvårdens resurser. De principer som ska styra fördelningen av dessa resurser är tillståndens svårighetsgrad och insatsernas effekt. Inte ens svårt sjuka patienter har behov av verkingslösa insatser.

Den svår fångade autonomin

Att respektera en vårdsökandes autonomi betyder att patienten ska få möjlighet att fatta självständiga beslut i sitt eget intresse, såsom tidigare beskrivits i avsnitt 5.3.4. Detta förutsätter saklig och inte missvisande information som dessutom är begriplig för den vårdsökande. Om patienter och vårdsökande delvis saknar förmåga att fatta sådana beslut bör vårdpersonalen stödja dem i beslutfattandet.

Det finns olika grader eller former av självbestämmande: från att besluta själv till att vara delaktig i beslutsprocessen.

Är patientens val alltid autonomt? Frågan är inte alltid helt enkel att besvara. Konflikter kan uppkomma mellan olika personers autonomi, om den enes fria val hindrar den andres. Friheten att välja är aldrig obegränsad. Restriktioner av olika slag sätter gränser.

Vad man väljer beror också på vad man tror om de olika alternativens konsekvenser på kort respektive lång sikt och hur dessa värderas.

6.3.2 Konflikter mellan etiska och ekonomiska värden

Till ekonomiska värden kan räknas tillväxt, välstånd och produktivitet, och sådant som främjar dessa värden. Satsning på att maximera nyttan för samhället eller för majoriteten av invånare/ medborgare kan komma i konflikt med allas lika rättigheter och värde; minoriteter kan komma i kläm. Det kan också finnas en potentiell konflikt mellan t.ex. kostnadseffektivitet och solidaritet. Att i första hand hjälpa de patienter som har svårast sjukdom och lider mest innebär att stora resurser satsas på denna grupp. En person med utilitaristiska värderingar skulle mycket väl kunna hävda att man får mer för pengarna, om man hjälper ett större antal personer med lindrigare symtom, särskilt om dessa tjänar mycket och är flitiga skattebetalare. Hur konflikten mer exakt ser ut beror på vilka och vems kostnader som tas med i kalkylen, samt hur effektiviteten mäts.

6.3.3 Konflikter mellan etiska och medicinska värden

Medicinska värden definieras i detta sammanhang med utgångspunkt från hälso- och sjukvårdens mål, som tidigare beskrivits, dvs. i termer av begrepp som hälsa och livskvalitet. Konflikter av detta slag kan uppkomma mellan t.ex. självbestämmande och ökad förväntad livslängd eller förbättrad livskvalitet. Ett exempel kan vara en patient som lider av en svår och livshotande sjukdom och samtidigt är bergfast övertygad om att en viss typ av läkemedel är det som ska rädda honom eller henne från en alltför tidig död.

Om de medicinska effekterna av en insats är betydande uppstår en tydlig orättvisa om betalningsförmågan avgör vem som ska få behandling eller inte. Då bör insatsen ingå i det som den offentliga vården erbjuder. Om effektskillnader däremot saknas eller är triviala (t.ex. vid byte av ett generiskt läkemedel mot ett originalpreparat) blir medfinansiering mindre problematiskt ur etisk synpunkt.

6.3.4 Värdekonflikter på olika nivåer

Man kan skilja mellan individ-, grupp-, organisations- och myndighetsnivå. Konflikter mellan värden av de olika slag som nämnts i föregående avsnitt kan förekomma både inom och mellan sådana nivåer. Beslutsfattande och hantering av konflikterna, liksom möjlighet till insyn, kontroll och att utkräva ansvar är inte desamma på dessa nivåer. Därför kan det finnas anledning att försöka hålla dem isär. En organisation eller en myndighet är mer än summan av de individer som vid en given tidpunkt råkar ha befattningar i organisationen eller myndigheten.

6.4 Etiskt relevanta skillnader mellan olika effekter av egen- och medfinansiering

När det gäller olika former av assisterad befruktning kan relevanta skillnader bestå i risker för barnet, risker för kvinnan, risker för svart marknad och risker för att centrala värderingar i vår kultur

urholkas eller undermineras.¹ Innan man tar ställning, måste sådana skillnader identifieras och belysas. På motsvarande sätt blir det i detta sammanhang nödvändigt att undersöka förekomster av skillnader när det gäller olika typer av insatser, förutsättningar och effekter.

Det kan exempelvis finnas relevanta skillnader mellan olika former av egen- och medfinansiering när det gäller effekter som risker för överkonsumtion av läkemedel, skillnader i risker för negativa hälsoeffekter för enskilda, risker för skillnader i konsumtion av läkemedel mellan olika socioekonomiska grupper liksom för skillnader i hälsa mellan sådana grupper. Skillnader som innebär att orättvisor skapas eller ökar är naturligtvis i hög grad relevanta, givet hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf och prioriteringsplattformen.

Antaganden om etiskt relevanta skillnader mellan olika former av egen- och medfinansiering liksom mellan beslutssituationer på olika nivåer har stor betydelse för värdering av argumenten för och emot och behöver därför synliggöras vid överväganden och ställningstaganden.

¹ Statens medicinsk-etiska råd, Assisterad befruktning – etiska aspekter, Stockholm: Feb 2013, kap. 4.

7 Argument och aspekter att beakta

7.1 Inledning

Inför ställningstaganden om vilka typer av insatser som kan bli föremål för egen- och medfinansiering bör respektive behandling eller produkt belysas ur ett etiskt perspektiv. Rådet har i arbetet med detta diskuterat de etiska problemen och värdekonflikterna på följande sätt. Först har olika argument för och emot olika former av med- och egenfinansiering inventerats och kommenterats. Sedan har ett försök gjorts att formulera aspekter att beakta vid bedömningen av dessa argument. Därefter har dessa aspekter tillämpats på ett antal exempel och situationer. Slutligen har de relaterats till de regelverk som i dag gäller och som antagits av riksdagen, i första hand hälso- och sjukvårdslagen och prioriteringsplattformen. Med utgångspunkt från dessa resonemang formuleras till sist ett antal slutsatser och rekommendationer.

7.2 Olika typer av argument

Inför rådets diskussion kommenteras i detta avsnitt några vanliga och viktiga typer av argument. I den etiska analysen lyfts olika typer av argument fram som sedan bedöms utifrån dess hållbarhet och relevans. En del är sådana som framförts i debatten, andra är sådana som skulle kunna framföras. Syftet med sammanställningen är att illustrera möjliga argument, vilka bygger på bakomliggande värden: valfrihet, delaktighet, rättvisa, hälsa osv.

7.2.1 Autonomiargument

Dessa argument kan tolkas på flera sätt: dels ska personers uttryckta åsikter respekteras, dels ska deras möjligheter att bilda sig en egen uppfattning främjas. Detta sker genom att man tar hänsyn till deras åsikter och önskemål. Detta kan dock betyda olika saker: från att slaviskt följa önskemålen, via att lyssna till och delvis följa önskemålen till att lyssna och låtsas följa dem.¹

Det är vidare inte alltid möjligt att identifiera vad människor säger att de vill med vad de faktiskt vill, sedan de fått allsidig information och fått möjlighet att tänka på saken och eventuellt rådgöra med sådana de har förtroende för. Vad människor säger att de vill kan ibland vara resultat av gruppsyck och/eller skicklig marknadsföring. Intervjuareffekten är också välkänd: de tillfrågade svarar vad de tror att intervjuaren vill höra. Autonomi är för övrigt inte det enda värdet utan måste balanseras mot andra. I argumenteringen förekommer därför ofta underförstådda klausuler av typen "givet att ..." eller "såvida inte ...". Sådana klausuler bör synliggöras.

Ett problem när en person ska välja mellan olika vårdinsatser är asymmetrin i kunskap. Sjukvårdspersonalen har oftast betydligt större kunskap än patienten och har därför stora möjligheter att – medvetet eller omedvetet – styra patientens val även om det ibland naturligtvis förekommer kunskapsluckor i beslutsunderlaget också hos vårdpersonalen. Mer lättillgänglig information bl.a. via vårdgivare, patientföreningar och internet, kan bidra till att minska kunskapsasymmetrin.

Exempel:

Medfinansiering av vårdinsatser utan adekvat information om vinster och risker bör inte tillåtas eftersom detta inte främjar patienters möjligheter att fatta beslut i deras eget långsiktiga intresse.

¹ Hermerén G. 1996, s. 156 ff.

7.2.2 Rättviseargument

Rättvisa är, som framhållits vid åtskilliga tillfällen tidigare i texten och i litteraturen, ett centralt begrepp i prioriteringsdiskussionen.² Det kan dock ges olika innebörd och sättas in i skilda sammanhang. Dessa sammanhang kan vara övergripande önskemål att minska skillnaderna mellan människors chanser att uppnå god hälsa (dvs. idealt att alla ska ha samma möjligheter), att reducera brist på jämlikhet när det gäller hälsa (dvs. idealt att åstadkomma samma utfall), att så mycket som möjligt förbättra befolkningens hälsa totalt och att fördela hälso- och sjukvårdens resurser rättvist.

Exempel:

Medfinansiering av vårdinsatser med väl dokumenterad medicinsk nytta är inte etiskt godtagbar om detta innebär att den offentliga vårdens resurser tas i anspråk för att tillgodose personer med mindre starka behov på bekostnad av dem som har starkare behov.

7.2.3 Medicinska argument

Här kan vi skilja först mellan argument som gäller hälsa och livskvalitet på individnivå och på populationsnivå. I det senare fallet inkluderas inte bara effekter på anhörigas hälsa och livskvalitet av de insatser och finansieringsformer (med- och egenfinansiering) som är aktuella, utan effekter på populationen totalt, t.ex. vid vaccinering och andra åtgärder för att förebygga sjukdom. Graden av evidens för påståenden om effekter av sådana insatser på hälsa och livskvalitet kan variera betydligt, vilket självfallet bör beaktas. I bedömningarna ingår också att väga gynnsamma och ogynnsamma effekter av en given intervention mot varandra. Dessa argument kan kompliceras av distinktioner som korsar skillnaden mellan individ och populationsnivå: distinktioner mellan olika betydelser av "hälsa" och "livskvalitet". Genom att precisera i vilken mening dessa termer används ("ökad förväntad livslängd, ...") kan varianter av medicinska argument erhållas.

² Se t.ex. Norman Daniels, *Just Health Care*, Cambridge: Cambridge University Press och Prioriteringsutredningen SOU 1995:95 och den där anförda litteraturen.

Exempel:

Operation av åderbråck som är misspdydande men inte orsakar andra symtom bör egenfinansieras, eftersom det medicinska behovet bedöms vara litet.

Screening av bröstcancer med mammografi i åldersgruppen 40–74 år bör inte egen- eller medfinansieras, eftersom de medicinska vinsterna är väldokumenterade och en högre avgift kan minska deltagandet i ett effektivt program för tidig upptäckt och behandling av allvarlig sjukdom.

7.2.4 Ekonomiska argument

Ekonomiska argument gäller kostnader, intäkter, relationer mellan utbud och efterfrågan på kort respektive lång sikt. Här blir det som tidigare redan nämnts viktigt att precisera vilka och vems kostnader som tas upp, och hur de beräknas. Motsvarande gäller naturligtvis intäkter. När det gäller utbud och efterfrågan är det också klargörande att precisera marknadens storlek samt de restriktioner som gäller på den aktuella marknaden. En del argument gäller hur mycket man sparar respektive vilka resurser som frigörs vid egen- respektive medfinansiering av vissa insatser. Här blir det, som redan påpekats i texten, viktigt att precisera de förutsättningar under vilka detta sker (t.ex. ändring av turordningen i en bestämd kö eller införande av flera parallella köer.)

Exempel:

Statiner vid måttligt förhöjda blodfetter bör kunna bli föremål för egenfinansiering, därför att kostnaden är överkomlig för de flesta som har behov av den aktuella tjänsten eller produkten.

Dyra cancermediciner som Zytiga bör inte bli föremål för medfinansiering, därför att produkten inte är tillräckligt kostnads-effektiv.

7.2.5 Samhällsargument

Man brukar skilja mellan staten och samhället. Samhället är vi alla. Om samhällsnyttan i vidare mening ska maximeras, så förutsätter detta att man tar hänsyn till inte enbart effekter på hälsa och livskvalitet utan även till övriga positiva och negativa effekter, inklusive såväl direkta som indirekta kostnader och intäkter, som t.ex. påverkan på produktionsbortfall liksom effekter av framtida konsumtion. Användning av sjukvårdens resurser för att främja sådana mål är emellertid inte oproblematiske.

7.2.6 Juridiska argument

Dessa argument kompliceras av att regelverket är komplext och innehåller både det som kallas "hard law" (lagar beslutade av riksdagen till vilka sanktioner är knutna) och "soft law" (internationella konventioner, deklARATIONER samt professionella riktlinjer, som har eller kan ha moralisk och politisk tyngd men till vilka inga sanktioner är knutna). Prejudikat och andra rättskällor måste också beaktas vid tolkningen av lagen. Detta kräver juridisk expertis för att man inte ska gå vilse.

Exempel:

Medfinansiering av dyra cancerläkemedel är inte etiskt godtagbar, därför att detta inte är förenligt med portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen om vård på lika villkor för befolkningen.

7.2.7 Psykologiska argument

Till denna grupp räknas argument som hänvisar till psykologiska effekter hos patienter, anhöriga eller vårdpersonal, liksom till hur förtroendet för vården hos dessa grupper påverkas genom med- eller egenfinansiering av olika vårdinsatser och produkter. Det är inte enkelt att studera dessa effekter. Innan förändringar är genomförda kan de bara studeras genom hypotetiska val ("hur skulle du ställa dig till ..., om"). Detta innebär en felkälla, eftersom skillnaden mellan hypotetiska och faktiska val inte kan negligeras. I de fall

förändringar redan är genomförda, förutsätts att den tillfrågade kan jämföra och pröva olika alternativ. Svårigheterna att åstadkomma detta vid i varje fall invasiva vårdinsatser är uppenbara. Analys av internationella erfarenheter av effekterna av med- och egenfinansiering kan bidra med beslutsunderlag.

8 Analys av några exempel på med- och egenfinansiering

8.1 Medfinansiering

8.1.1 Inledning

Fallbeskrivningarna nedan illustrerar några aktuella fall av medfinansiering inom den offentliga hälso- och sjukvården i dag. Diskussionen kring dessa konkreta exempel syftar till att lyfta fram värdekonflikter och argument för och emot medfinansiering samt exempel på medfinansiering av hälso- och sjukvårdsinsats. Exempelen analyseras sedan utifrån de aspekter vi redovisar i avsnitt 9.5.1. I avsnitt 8.2 ger vi exempel på egenfinansiering med mer summariska diskussioner och hur de förhåller sig till Smers utgångspunkter.

8.1.2 Speciallinser i samband med gråstarrsoperation

I fyra landsting kan man i dag vid gråstarrsoperation välja att få en mer avancerad lins till medfinansiering. I detta avsnitt analyseras frågan om medfinansiering av speciallinser utifrån ett etiskt perspektiv. Det finns olika typer av speciallinser. Den ena typen gör att man kan se på både långt och nära håll utan glasögon, dessa linsor kallas ofta multifokala. Den andra typen, den toriska linsen korrigerar för astigmatism (oregelbunden brytning i hornhinnan). Kombinationer finns också av dessa två linstyper.

Vad är gråstarr?

Gråstarr eller katarakt, innebär att ögats lins grumlas vilket är en av de vanligaste orsakerna till synnedsättning hos äldre patienter, vilket tillhör det normala åldrandet. Personer i alla åldrar kan drabbas av

gråstarr och man beräknar att cirka hälften av Sveriges befolkning kommer att behöva opereras för gråstarr under sitt liv.

I dag kan man bara behandla gråstarr med en operation då den grumlade linsen tas bort och ersätts med en linsprotes.

Målet vid en kataraktoperation är att uppnå optimal synskärpa (givet ögats förutsättningar), optimal refraktion, inga komplikationer och en nöjd patient.¹

Förekomst av gråstarr innebär dock inte automatiskt att man opererar. Sjukdomen utvecklas ofta långsamt. Efter diagnos och undersökning bedömer läkaren i samråd med patienten om försämringen av synen påverkar det dagliga livet så pass mycket att en operation bör göras. Det nationella kataraktregistret har visat att operationsfrekvensen varierar stort mellan landstingen vilket delvis kan förklaras med olika tillgänglighet. Även synskärpa man har vid tiden för operation varierar. Sedan några år har också patientnyttan registrerats.

År 2013 utfördes 98 229 gråstarrsoperationer i Sverige fördelat på 36 447 (37,1 %) i privat regi och 61 782 (62,9 %) i offentlig regi. I kataraktregistret finns 94 894 operationer registrerade (96,6 % av totala antalet) fördelade på 34 774 i privat regi och 60 120 i offentlig regi.²

I det nationella kataraktregistret registreras således närapå samtliga kataraktoperationer som görs med offentlig finansiering dvs. både på offentligt drivna kliniker och privata kliniker med vårdavtal med landstinget. Sedan ett par år registreras även speciella linsegen-skaper. 2012 sattes det in 569 multifokala linser och 387 toriska linser i samband med kataraktoperationer. Det finns inga uppgifter vad avser patientnytta samt effekt bland de operationer som inryms i kvalitetsregistret.

Enligt uppgift sätter man in cirka 10 000 speciallinser per år i Sverige, dessa finns dock inte registrerade då patienterna inte lider av gråstarr, samt att det sker privat och då med egenfinansiering.³ Hos dessa patienter görs linsbytet enbart i refraktivt syfte dvs. att uppnå helt eller delvis glasögonfrihet.

¹ Årsrapport 2012, Nationella kvalitetsregistret.

² Årsrapport 2013, Nationella kvalitetsregistret.

³ E-post 2014-04-03 Charlotta Zetterström, Ordförande styrgruppen Nationella kataraktregistret.

Val av lins vid gråstarrsoperation

I landstingens utbud erbjuds en s.k. vanlig monofokallins, vilket innebär att linsens hela optiska yta har samma ljusbrytning. I något/några landsting har patienter med ett stort behov (grav astigmatism) fått speciallinser utan att betala extra för detta.⁴

I Stockholm och Sörmland erbjuds speciallinser till medfinansiering även vid landstingsdrivna kliniker. I Halland och Jönköping erbjuds speciallinser enbart hos privata vårdgivare som har vårdavtal med landstinget för gråstarrsoperationer. Patienten kan i dessa landsting själv välja vilken lins som ska opereras in. Landstinget står för grundkostnaden (ingrepp + standardlins) och patienten betalar den summa som tillkommer (mellan cirka 10 000–22 500 kronor per öga.⁵)

Vårdgivaren får $5\,497 + 380 = 5\,877$ kronor (inklusive patientavgifter) per öga i ersättning av Stockholms läns landsting vid gråstarrsoperation.⁶

Överväganden och ställningstaganden i landstingen

I Stockholms läns landsting argumenterades på följande vis inför beslut om ett tillåtande av medfinansiering för speciallins vid gråstarrsoperation. Eftersom operationer för att korrigera brytningsfel i dag ligger utanför det offentliga åtagandet är det rimligt att patienter som ska opereras för gråstarr samtidigt kan få brytningsfelen korrigerade genom att betala för den dyrare linsen. De flesta som får en speciallins inopererad slipper glasögon. Det är som regel inte medicinskt lämpligt för en patient, som vid gråstarroperation fått standardlins, att senare byta ut linserna mot multifokala linser.

⁴ Enligt svarsbrev från Västra Götalands Regionen. Enligt uppgift från SKL har det förekommit även i Jämtlands läns landsting. Uppgifterna är från december 2013 respektive april 2014.

⁵ www.2.praktikertjanst.se/6/Ogonlakargruppen-odenplan/Behandlingar/grastarr-katarakt/Glasogonfri-efter-grastarrsoperation/ (Hämtad 2014-09-11)

www.medocular.se/Har-finns-vi/Goteborg/Co-payment-Halland/ (Hämtad 2014-12-16).

⁶ Stockholms läns landsting. Vårdval specialiserad ögonsjukvård i öppen vård rapporteringsanvisning gällande underlag för utbetalning av ersättning. Gäller from 2014-01 01. www.vardgivarguiden.se/Global/03_Avtal-uppdrag/V%C3%A5rdval%20Stockholm/%C3%96gonsjukv%C3%A5rd%20i%20%C3%B6ppenv%C3%A5rd%20specialiserad/Rapporteringsanvisning%20ogon%20och%20katarakt%20version%204%202014.pdf Hämtad 2014-04-03.

I landstingsfullmäktiges beslut framhålls att detta inte är ett principiellt beslut om medfinansiering inom sjukvården.

I Jämtlands läns landsting avslogs nyligen en motion om att landstinget borde införa den s.k. medfinansieringsmodellen för vissa åtgärder, framför allt p.g.a. risk för ökade kostnader, som i förväg är svåra att beräkna och ta betalt för.⁷

I Sörmlands läns landsting fattade man beslut om ett tillåtande av medfinansiering mot bakgrund av att fler patienter önskade en speciallins, samt att de patienter som söker sig utomläns med åberopande av det fria vårdvalet har möjlighet till medfinansiering för en speciallins. Eftersom patienter som opereras utomläns har en valmöjlighet, så bör också patienter som väljer att opereras i det egna landstinget ha de. Samtliga patienter erbjuds nu val av lins och de får själva stå för merkostnaden. I beslutet lyftes även frågan om att patienten ska kunna delbetala medfinansieringen.⁸

Etisk konflikt

Å ena sidan får på detta sätt vissa patienter, om de är beredda att betala en del av kostnaden själva, möjlighet att välja en speciallins som kan ge glasögonfrihet och där igenom ökad livskvalitet. Detta innebär att valmöjligheterna blir flera vilket gynnar dem som kan och vill betala. Införandet av medfinansiering på detta område kan dock leda till en glidning mot vård på olika villkor inom den offentligt finansierade vården.

Argument som kan anföras för

- Den bemedlade patientens valmöjligheter ökas.
- Sätter man in den enklare linsen, kan det vara medicinskt olämpligt att göra synkorrigering senare, varför det är rimligt att patienten har möjlighet att välja en annan lins vid gråstarrsoperation.⁹
- Den privata vårdgivaren med offentlig finansiering ges möjlighet att sälja tilläggstjänster för att öka sin förtjänst.

⁷ Svar på motion (LS/1420/2012) i ärendet 2013-03-11, Jämtlands läns landsting.

⁸ Protokoll 2013-02-27, DNR LSN-HSF13-0969. Landstinget Sörmland, Länssjukvårdsnämnden.

⁹ Efter operation växer den nya linsen fast.

Argument som kan anföras mot

- Enbart de som har råd har möjlighet att köpa speciallinsen.
- Rådgivning och undersökning inför bedömning om eventuell insättning av en speciallins är mer tidskrävande än inför en vanlig gråstarrsoperation, något som kan ge undanträngnings-effekter.
- Ett tillåtande av denna form av medfinansiering kan komma att innebära en acceptansglidning som på sikt kan öppna upp för annan typ av medfinansiering inom sjukvården för att höja vårdkvaliteten. Detta skulle kunna leda till en ojämlig hälso- och sjukvård, där de med ekonomiska förutsättningar kan köpa en bättre vårdkvalitet inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.
- Om patienter måste betala större delar av sin vård ur egen ficka finns en risk att betalningsviljan undergrävs för den skattefinansierade gemensamma vården.
- I diskussionen har framkommit att patienter som genom medfinansiering valt att betala för en multifokallins inte alltid varit nöjda med resultatet p.g.a. brister i informationen. Valfriheten kan ifrågasättas om produkten säljs in, och det finns incitament hos den vårdgivande kliniken att sälja dessa tilläggstjänster. Patienten kan vara i informationsunderläge och kan ha begränsade möjligheter att göra en rimlig bedömning av kostnaden relaterat till förväntad effekt och eventuella risker.

I det följande avsnittet diskuteras argumenten ovan.

Rådets diskussion

Å ena sidan kan man se tilläggstjänsten speciallinser vid gråstarrsoperation som att patienten bereds möjlighet att köpa till något av ökad kvalitet, vilket kan förefalla strida mot gällande principer i hälso- och sjukvårdslagen. Å andra sidan kan man argumentera för att patienten i stället utnyttjar tillfället (gråstarrsoperationen) för att samtidigt göra en synkorrigerande, vilket är en behandling som i dag står utanför den offentliga finansieringen (glasögon för syn-

korrigerings). Om valet av den mer avancerade linsen vid behandlingstillfället inte innebär några ökade kostnader kan det tillsynes vara svårt att motivera varför patienten inte ska kunna välja att få den lins insatt som hon önskar om hon själv finansierar merkostnaden. Detta förutsätter att kostnaden är enkel att beräkna och förutse, samt att den alternativa produkten och behandlingssituationen inte skapar undanträngningseffekter vilket kan drabba andra patienter. Det kan uppstå problem när en behandling sammanfaller med en offentligt finansierad behandling. Det är dock svårt att särskilja eftersom det handlar om att patienten i vårdsituationen får möjlighet att, mot medfinansiering få något som för henne kan ha medicinsk effekt/ personligt värde. Därför är situationen att betrakta som att patienten erbjuds ett bättre vårdalternativ mot medfinansiering, vilket är i strid med principen om vård på lika villkor.

Ekonomiska argument och eventuella undanträngningseffekter

De avancerade linserna är inte aktuella för alla patienter. Undersökningen inför bedömningen om lämpligheten att operera in en speciallins tar mer tid.

I dag ses glasögon som ett kostnadseffektivt alternativ till de avancerade linserna. De avancerade linserna garanterar inte heller en perfekt syn. I denna situation finns ett fullgott alternativ i form av glasögon. Således är den rent medicinska nyttan jämfört med dagens alternativ att korrigera för brytningsfel/synnedläggning (med glasögon) mycket liten. Av prioriteringsskäl är offentlig finansiering, helt eller delvis, mindre angelägen.

I debatten har även argumentet om privata vårdgivares möjlighet att sälja tilläggstjänster lyfts fram som en möjlighet för dem att profilera sig, öka sin lönsamhet och minimera sina finansiella risker. De privata vårdgivarna har möjlighet att erbjuda egenfinansierade tjänster om de i sin verksamhet har utrymme för dessa vid sidan om den vård som de, enligt avtal, ska ge på landstingets uppdrag.

Kvalitet, kunskapsunderlag samt ansvar

I dag finns inget nationellt kvalitetsregister för speciallinserna som är inopererade i ögon som inte har katarakt. Däremot finns det data i Kataraktregistret över ögon med katarakt som fått speciallins. Det har framkommit i debatten att patienter som opererat in speciallins (med eller utan gråstarrs problematik) inte alltid fått tillräcklig information om riskerna och utfallet inför operationen, och att några sedan är missnöjda med resultatet av operationen.¹⁰

Kunskapsläget kring speciallinserna är sämre än för de vanliga linsor som används vid gråstarrs operation. Multifokala linsor har även en del problem som bländningsbesvär och haloeffekter. Detta förklaras av linsornas uppbyggnad.

Om landstinget väljer att delfinansiera en speciallins, har landstinget även ett moraliskt ansvar för utfallet av behandlingen oavsett om den utförs av en landstingsdriven vårdgivare eller av en privat vårdgivare med landstingsavtal.

Vård efter individens behov (effekter för individen samt externa effekter)

Det kan uppstå situationer då glasögon är ett mindre bra alternativ för synkorrigering och det medicinska behovet av avancerade linsor bedöms vara stort. Det kan till exempel gälla patienter med stor astigmatism som vid keratoconus, i dessa fall kan en torisk lins ge bättre synskärpa än vad man kan uppnå med glasögon eller kontaktlinsor. Andra patienter är de med näs- och öronmissbildningar som kan ha stor hjälp av multifokala linsor. Utifrån patientens medicinska behov bör hon i dessa fall erbjudas de avancerade linsorna inom ramen för den offentligt finansierade vården, även om synkorrigering vanligtvis faller utanför den offentligt finansierade vårdens ansvar.

¹⁰ Läkare varnar för riskerna. DN 2014-01-20 www.dn.se/nyheter/sverige/lakare-varnar-for-riskerna/

Information om linsalternativ inför gråstarrsoperation

Utifrån ett etiskt och medicinskt perspektiv är det av stor vikt att patienten orienteras om att det finns alternativa linser för synkorrigerande eftersom det som regel är medicinskt olämpligt att i ett senare skede byta ut den lins man opererat in. Däremot vore det inte rimligt att vårdgivaren åläggs att ge omfattande information om alternativa behandlingar som inte är relevant för behandling av det som ska åtgärdas inom ramen för den offentliga hälso- och sjukvården dvs. gråstarren. Patienten kan i aktuella fall hänvisas till de kliniker som utför synkorrigerande för bedömning om det är lämpligt eller inte.

Situationen är en annan då en privat vårdgivare både utför offentligt finansierad vård och samtidigt erbjuder behandlingar och produkter till egenfinansiering som ligger utanför det landstingsfinansierade utbudet. Om en vårdgivare har vårdavtal med landstinget för att utföra gråstarrsoperationer, bör patienten inför behandling informeras om att det finns alternativa produkter. Patienten bör sakligt informeras om alternativen. Patienten bör också få tydlig information om de eventuella risker som föreligger med de alternativa linserna samt att det föreligger osäkerheter kring utfallet av behandlingen, ibland kan glasögon behövas. Information om de speciella linserna bör också klargöras innan operationen.

Vidare samhälleliga aspekter

Rådet har i sin diskussion även berört vilka vidare samhälleliga aspekter ett tillåtande av medfinansiering i detta specifika fall skulle kunna få. Vad innebär det att öppna upp för medfinansiering i detta fall? Öppnar detta upp för andra diskutabla former av medfinansiering inom den offentliga hälso- och sjukvården? Går det att göra undantag från likavårdsprincipen, utan att det får vidare konsekvenser och effekter?

Det kan inte uteslutas att ett tillåtande av denna form av medfinansiering kan komma att innebära en acceptansglidning, som på sikt kan öppna upp för annan typ av medfinansiering inom sjukvården för att höja vårdkvaliteten. Detta skulle kunna leda till en ojämlig hälso- och sjukvård, där de med ekonomiska förutsättningar kan köpa en bättre vårdkvalitet inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Överväganden

Vid en sammanvägning finner rådet att argumenten mot medfinansiering av speciallinser vid operation av gråstarr väger tyngre än argumenten för medfinansiering.

Framför allt strider förfarandet mot att vård ska ges på lika villkor, dvs. att människors personliga egenskaper eller funktioner i samhället, såsom inkomst m.m. inte får avgöra vem som får vård och kvaliteten på vården. Utifrån individens perspektiv i det enskilda fallet kan man hävda att hon bör ha möjlighet att lägga till pengar för att få en annan mer avancerad lins i samband med operationen. Här uppstår dock en principiell konflikt mellan patientens möjlighet att själv bestämma och principen om att vård ska ges på lika villkor. I denna situation ges enbart de med ekonomiska förutsättningar denna möjlighet.

Det är även svårt att beräkna vilka merkostnader och eventuella undanträngningseffekter ett erbjudande om medfinansiering av speciallinser kan innebära. Förfarandet tar tydligt mer tid i anspråk. Erbjudande av avancerade linser kan vara i strid med behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen, i de fall offentligt finansierade resurser tas i anspråk för att utföra något som ligger utanför den offentligt finansierade vården.

Den medicinska nyttan och effekten av speciallinser kan för den enskilda individen vara betydande, då hon kan få en starkt förbättrad syn. Samtliga individer med synfel/brytningsfel är dock inte lämpade för avancerade linser, och det finns inga garantier för att den enskilde patienten kommer att få sin syn så pass förbättrad att hon inte längre behöver glasögon.

Den medicinska nyttan av behandlingen har ringa effekt för en del, däremot finns det viss risk för komplikation eftersom det är ett invasivt ingrepp. Det vetenskapliga underlaget är mer gediget för de vanliga linserna.

Rådet menar vidare att det i vissa fall vore lämpligt och medicinskt motiverat att den offentliga vården bekostar speciallinser för de individer som har ett stort medicinskt behov. Det gäller till exempel patienter som ser mycket dåligt och som har svårigheter att använda glasögon.

I de landsting där medfinansiering tillämpas för avancerade linser är kostnaden mellan 10 000 kronor och 22 500 kronor per

öga, beroende på vilken lins som sätts in. Detta är en förhållandevis hög kostnad för den enskilde individen, vilket innebär att de med lägre inkomster inte ges reella möjligheter att köpa detta.

De etiska argumenten talar således mot medfinansiering av speciallinser vid gråstarroperation. Rådet anser att det vore önskvärt att landstingen i sina vårdavtal med privata utförare av ögonsjukvård tydligt anger att landstinget enbart finansierar gråstarrsoperationer, och inte går in och delfinansierar avancerade linser för synkorrigerig. Alternativet, utifrån ett etiskt perspektiv är att landstinget i stället erbjuder samtliga patienter som är i behov av synkorrigerig denna möjlighet inom ramen för den offentligt finansierade vården vid gråstarrsoperation. Sannolikt skulle landstingen som stor vårdaktör kunna få ner priset radikalt på de avancerade linserna om de valde denna linje.

Delaktighet och patientens möjligheter att fritt välja

Rådet anser att det är av stor vikt att patienten är delaktig i planeringen av sin vård och att hon ges möjlighet att välja mellan behandlingsalternativ om det är befogat i relation till behandlingen av sjukdomen och kostnaden.

Patienten bör inför kataraktoperation ges information om att det finns behandlingsalternativ utanför den offentligt finansierade vården, då insättning av en vanlig lins kan innebära viss medicinsk risk inför framtida insättning av speciallins. Patienten ges då en möjlighet att avstå från den erbjudna gråstarrsoperationen med vanlig lins och kan i stället välja en egenfinansierad behandling utanför den offentligt finansierade vården. Individens valmöjligheter består då i denna situation. Argumentet att man bör erbjuda speciallinser till medfinansiering för att fler ska få tillgång till de avancerade linserna är svagt, eftersom kostnaderna för individen är relativt stora oavsett med- eller egenfinansiering.

Utifrån en enskild patients perspektiv vore det rimligt att få en del av behandlingen täckt motsvarande den del som patienten hade fått om hon valt att göra en vanlig gråstarrsoperation. Men lika-rättsargument talar för att de som önskar en speciallins bör bära hela kostnaden själv, utan att detta i någon hög utsträckning begränsar den enskilde patientens självbestämmande. Patienten har

valet att göra den icke offentligt finansierade insatsen oavsett, men får den inte till subventionerat pris, vilket begränsar handlingsutrymmet något, om än marginellt. Det är svårt att argumentera för att individens självbestämmande och valmöjligheter starkt begränsas. Skillnaden i kostnader vid subvention respektive icke-subvention är förhållandevis liten i jämförelse med den totala kostnaden för att få speciallinser.

8.1.3 Hörhjälpmedel till medfinansiering

Inledning

Man beräknar att cirka 1.4 miljoner människor i Sverige har någon form av hörselnedsättning. Bland dem har drygt 455 000 hörapparater.¹¹ Hörselskadades Riksförbund (HRF) bedömer dock att behovet av hörapparat är mycket större. Cirka 50–60 % av alla med hörselnedsättning torde ha ett behov. I dag kan fler än tidigare ha nytta av hörapparater. Med den teknikutveckling som skett finns nu även apparater för lättare hörselnedsättningar.

Antalet utprovade hörapparater har mer än fördubblats under åren 2001–2013, från drygt 70 000 till drygt 148 000. Det beror på att fler får hörapparater och att fler får två hörapparater.¹²

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är landstingen skyldiga att erbjuda patienter rehabilitering och hjälpmedel som täcker deras behov. I samtliga landsting erbjuds patienterna hörapparat, dock till olika avgifter.

Landstingen har vanligtvis ett brett sortiment som ska täcka det behov som finns hos personer med nedsatt hörsel. Patienten får i samråd med vårdgivaren utprova hörapparat bland de modeller som erbjuds. De landstingsfinansierade hörapparaterna lånas av patienten från landstinget. Om en patient har behov av en speciell apparat som inte finns i bassortimentet finns det som regel möjlighet att få det hjälpmedel som motsvarar patientens behov.

¹¹ Enligt Hörselskadades Riksförbunds beräkningar. Se Hörselskadade och hörselvård i siffror. Årsrapport 2014, s. 67.

¹² Ibid, s. 72.

Hörselvårdsmodeller i landet

Patientavgifterna vid utprovning av hörapparat ser olika ut i landstingen. I dag är det bara tre landsting som enbart tar ut besöksavgifter vid hörselrehabilitering och då inom högkostnadsskyddet. I övriga landet faller avgifterna utanför högkostnadsskyddet.

I dag finns det i huvudsak tre olika former av hörselvårdsmodeller i Sverige:

– *Landstingsdriven hörselvård*

I de flesta landsting utförs hörapparatusprovningar av landstingsanställda audionomer. Patientavgifterna inom den landstingsdrivna vården varierar. I några landsting betalar patienten enbart patientavgift inom högkostnadsskyddet, i andra landsting tar landstinget även ut olika typer av hörapparatsavgifter i samband med utprovning.

– *Hörselvård med vårdval (utan hörselcheck)*

Denna modell finns i två landsting: Östergötland och Uppsala. I dessa landsting utförs hörapparatusprovningen av audionomer på privata hörselmottagningar (godkända av landstinget) eller av audionomer på landstingets hörcentraler. På dessa mottagningar sker utprovning av hörapparater ur landstingets upphandlade sortiment, och de får en ersättning för detta från landstinget. En regelbok upprättad av landstinget anger hur utprovningar m.m. får gå till. De privata mottagningarna säljer även hörapparater och andra hörhjälpmedel till marknadspris. Köper patienten ur deras sortiment är det ett helt privat köp utanför den offentliga hälso- och sjukvården.

– *Hörselvård med vårdval och hörselcheckar*

Denna modell finns i Stockholms läns landsting och Region Skåne. Vårdvalet innebär att den som behöver hörselvård ska vända sig till en av de hörselvårdsmottagningar som är auktoriserade av landstinget. De privata mottagningarna har både ett landstingsfinansierat sortiment och ett privatsortiment med marknadsmässiga priser. En patient får inför utprovning välja ur båda dessa sortiment. Väljer man ur landstingens sortiment lånar man apparaten av landstinget, som står för service, utbyte m.m. Väljer patienten i stället ur det privata sortimentet får patienten en rekvisition (hörselcheck) som kan användas som

delbetalning och betalar sedan själv den eventuella överskjutande kostnaden. Förskrivaren fattar då ett beslut om egenvård och patienten äger därefter sin apparat och har eget ansvar för skötsel, reparation och försäkring.

HRF:s granskning av systemet med hörselcheckar

HRF:s granskning av systemet med hörselvårdscheckar visar enligt organisationen att patienter kan få betala dyrt för den vård de i själva verket har rätt till inom den offentliga hälso- och sjukvården, samt att landstingen har kommit att betala överpris för hörapparater och subventionerar företag med skattepengar. Vidare menar HRF att vårdvalet inneburit att hörselvården har förvandlats till en marknad där pengar allt för ofta sätts före patient, försäljning före fakta och business före behov.¹³

Av de fyra landsting som erbjuder vårdval är det bara Stockholms län som inte erbjuder möjlighet att välja en landstingsdriven hörcentral. HRF menar att det är viktigt att den möjligheten finns då en del vårdtagare väljer landstinget för att vara säkra på att vården inte påverkas av försäljningsintressen.

De flesta av de privata auktoriserade hörselmottagningarna ägs av företag som ingår i koncerner som även äger hörapparatstillverkare, av detta skäl finns det en slagsida i mottagningarnas privata sortiment till förmån för det ”egna” märket. Vilken mottagning en patient väljer påverkar således vilka hörapparater hon sedan erbjuds.

I dag finns det inga öppna prisjämförelser mellan de olika mottagningarnas sortiment, vilket gör det svårt för patienten att välja mottagning.

Audionomen har en avgörande roll för patienten vid utprovningsen av hörapparater. Det är hon som bedömer den enskildes behov, beslutar om rehabiliteringsåtgärder och genomför hörapparatusutprovningar. Audionomen som arbetar för en auktoriserad privat vårdgivare som på landstingets uppdrag har att utprova hörapparater sitter på två stolar, dels som vårdgivare, dels som säljare. Å ena sidan ska audionomen bedöma patientens behov, för-

¹³ Hörselskadades Riksförbund, 2014.

skriva hjälpmedel och ge objektiv information och vådrådgivning på uppdrag av landstinget. Å andra sidan har audionomen samtidigt i uppdrag att sälja hjälpmedel och dra in intäkter till sin arbetsgivare.

HRF visar exempel på att audionomer uppmanar patienter att köpa produkter ur det privata sortimentet trots att likvärdiga produkter erbjuds i landstingets sortiment. Det förekommer också att patienter inte får någon information om att det finns ett landstings Sortiment av hörapparater eller att audionomerna ger missvisande information om de landstingsfinansierade produkterna. Patienter förmås köpa produkter till stora kostnader och landstingen betalar ofta för mycket för hörapparater som är likvärdiga med de produkter som landstinget upphandlat till ett lägre pris, menar HRF. I bland har patienten även erbjudits sämre produkter än de som landstingets erbjuder till en merkostnad både för patienten och landstinget.

Skåneaudionomerna har påtalat att ersättningsnivåerna från Region Skåne är för låga. Det är således inte lönsamt för de privata utprovarena att prova ut hörapparater ur landstingets Sortiment, vilket medfört att de privata utförarna måste förlita sig på att audionomerna säljer hörapparaterna. Detta skapar en lojalitetskonflikt hos audionomen som Skåneaudionomerna varnar för. För att komma till rätta med detta måste ersättningsnivåerna för utprovning höjas menar de.¹⁴

I Stockholms läns landsting till skillnad från Region Skåne kan även hörselcheckar användas på icke auktoriserade mottagningar.

HRF:s genomgång visar att 83 % av de som utprovar hörapparat i Stockholm under våren 2014 har köpt sin hörapparat genom medfinansiering. Motsvarande siffra i Region Skåne var 65 %. Detta är en fördubbling på två år. HRF menar att dessa siffror stämmer överens med de oroande signaler som förbundet får av patienter som vid utprovningen uppmanas att köpa hörapparater och direkt avrått från att välja ur landstingets Sortiment. Patienter har även uppmanats att ta lån för att kunna köpa hörapparater ur det privata Sortimentet.

¹⁴ SkåneAudionomerna om "Fritt val ..." 2012-05-30. Hämtad: 2014-12-01 www.srat.se/Audionomerna/Nyheter/Nyheter/SkaneAudionomerna-om-Fritt-val-/Skrivelse_angående_Skånes_Hörselvård_2014-05-12, Srat SkåneAudionomerna.

Det förekommer också brister i informationen till patienten vad köpet faktiskt innebär. Väljer patienten något från landstingets sortiment ingår service, utbyte m.m. Men motsvarande gäller inte om patienten köper sin hörapparat med hörselcheck. Förskrivaren fattar då ett egenvårdsbeslut och patienten inhandlar, äger och ansvarar själv för produkten.

HRF har i sin granskning visat att audionomerna i stor utsträckning inte lever upp till konkurrensneutralitets krav, som de formuleras i regeringens proposition ”Mer inflytande för den enskilde i valet av hjälpmedel”.¹⁵

Sammanfattningsvis innebär hörselcheck systemet i Stockholms läns landsting och Region Skåne enligt HRF:

- Fritt vårdval hörapparat har inneburit att hörselvården har förvandlats till en marknad där pengar allt för ofta sätts före patient, försäljning före fakta och business före behov.
- Hörselchecken blir ofta bara en grundpenning vid köp av hörapparater. Patienten vilseleds att välja produkter utanför landstingssortimentet till stora kostnader, ibland uppemot 20 000–30 000 kronor. Exakt samma hörapparat kan finnas i ett annat landstingsupphandlat sortiment mot en inköpskostnad på cirka 1 000 kronor.¹⁶
- Hörselmottagningarna har även hörapparater till lägre pris i sitt sortiment, men då alltid i nivå med checkbeloppet. Patienten har ingen kostnad, och mottagningen gör en förtjänst på differensen mellan checkbeloppet och inköpspriset. (I Stockholms läns landsting är checken per hörapparat på 3 040 kronor, i Region Skåne är beloppet 2 100 kronor.)
- HRF påpekar att checken legitimerar försäljning. Auktorisationen av mottagningarna ger dem legitimitet, erbjudandet av hörselcheck signalerar i sig att försäljningen godtas av landstinget och kan således även signalera att landstingets utbud inte är gott nog.

¹⁵ Regeringens proposition 2013/14:67.

¹⁶ Ibid. s. 38.

- HRF visar även på att det i dag råder total avsaknad av uppföljning av fritt val hörapparat. Varken Stockholms läns landsting eller Region Skåne vet vilken typ av hörapparater som förskrivits och provats ut med skattefinansierade hörselcheckar, och inte heller vilken kvalitet dessa håller. Teoretiskt sett är det möjligt att skattemedel har gått till undermåliga produkter.

HRFs beskrivning av ”Fritt val hörapparat” har ifrågasatts i debatten. Till exempel menar vårdföretagarföreningen *Svensk Hörsel* att det finns ett brett stöd för patienters möjlighet att betala extra för en annan hörapparat än de som landstinget erbjuder. Någon enstaka patient och egenföretagare har även ifrågasatt HRFs negativa beskrivning av systemet med hörselcheckar.¹⁷

Etisk konflikt

I två landsting har patienten möjlighet att välja hörapparat utöver de offentligt finansierade modellerna, och få den delfinansierad av landstinget genom hörselcheck.

Å ena sidan ges patienten en ökad valmöjlighet genom att hon får möjlighet att välja hörapparat vid sidan om det landstingsfinansierade utbudet genom hörselcheck. Å andra sidan är patienten i beroendeställning och har små möjligheter att själv avgöra vilken hörapparat, inom eller utanför det offentligt finansierade utbudet, som passar henne bäst. Att öppna upp för medfinansiering strider även mot principen om att ge vård på lika villkor, då den bemedlade patienten ges möjlighet att mot betalning eventuellt få något bättre i en offentligt finansierad vårdsituation.

Argument som kan anföras för

- Medfinansiering kan ge fler patienter ökad valmöjlighet.
- Privata utförare ges ökade möjligheter att öka sin omsättning och vinst.

¹⁷ Nyberg Sander Susanne, Viktigt värna om fritt val av hörapparat. 13 oktober 2014, Dagens Samhälle. All, Monica HRF svartmålar systemet med hörselcheckar. 26 november 2014, Dagens Samhälle.

Argument som kan anföras mot

- Att man inom ramen för den offentligt finansierade vården har möjlighet att köpa vissa tjänster/produkter för att höja vårdkvaliteten kan leda till ökad ojämlikhet och vård på olika villkor. Det finns dessutom en risk för acceptansglidning – om patienten kan köpa bättre vård inom hörselvården, så kan det exemplet åberopas när andra former av medfinansiering diskuteras.
- Det är svårt för patienten att göra ett informerat val. Kunskaps-gapet mellan patient och vårdgivare med vinstintresse kan göra att patientens möjlighet att göra ett fullt informerat val kan ifrågasättas.
- Det finns risk att man ställer lägre krav än i dag på de hörapparater som erbjuds av landstinget.

Rådets diskussion*Vård på lika villkor efter behov*

Landstingen har en skyldighet att tillgodose hörselnedsatta patienters behov av hörapparat så att de kan vara delaktiga i samhället. Vården ska ges på lika villkor efter behov för hela befolkningen. Att öppna upp för att patienter med medfinansiering kan köpa sig till en mer avancerad hörapparat strider mot likarättstolkningen av människovärdesprincipen.

Att egenavgifterna och utbudet bland hörapparater i landstingens utbud skiljer sig så mycket åt över landet, strider mot principen om att vård ska ges på lika villkor.

Valfrihet, information och självbestämmande

Patientens möjlighet att välja mellan olika behandlingsalternativ är viktigt. För att kunna göra ett reellt val i en behandlingssituation måste patienten ha tillgång till information om behandlingsalternativen och dess konsekvenser samt ha de resurser (ekonomiska och andra) som krävs. Patienten är i en vårdsituation ofta i en beroendeställning gentemot vårdgivaren, i detta fall audionomen, som

har att utprova och rekommendera och tillsammans med patienten finna en lämplig hörapparat.

Över 80 % av de som får hörapparat utprovade är över 65 år. I denna patientgrupp kan man anta att det finns flera personer med avtagande beslutsförmåga jämfört med den övriga befolkningen. I HRFs senaste rapport har framkommit att flera patienter förmått köpa apparater till stora kostnader när det funnits ett fullgott alternativ i landstingens sortiment.¹⁸ Att på detta sätt utsätta vård-sökande patienter för otillbörlig marknadsföring under parollen ”Fritt vårdval” och ökat patientinflytande är utifrån ett etiskt perspektiv inte försvarligt.

Behovsprincipen och kostnadseffektivitet

Inga undanträngningseffekter föreligger då de privata vårdgivarna får en fast utprovningsavgift från landstinget, samt en rekvisition i form av hörselcheck i de fall patienten väljer ur den privata vård-givarens sortiment. HRF:s kartläggning har dock visat att lands-tingen via hörselcheckarna riskerar att betala ett överpris för de hörapparater som förskrivs med hjälp av rekvisition. Därmed riskerar landstingen att betala mer än de borde. Dessa resurser hade kunnat användas för andra behov inom landstinget.

Överväganden

Medfinansiering av hörapparater är inte etiskt godtagbart utifrån principen om vård på lika villkor.

Landstinget har en skyldighet att erbjuda patienten/brukaren det hon har behov av för att fullt ut kunna delta i samhället, annat vore i strid med behovsprincipen och intentionerna i gällande regelverk. Det är uteslutande patientens behov som ska styra valet av hörapparat.

Patienter som har behov av en avancerad apparat p.g.a. ett specifikt yrke eller annan (social) omständighet bör få sina sär-

¹⁸ Det finns även nöjda patienter. Det är dock starkt oroväckande att HRF som företrädare patienterna i så hög grad diskvalificerar det system för fritt vårdval hörapparat som införts i två landsting.

skilda behov av mer avancerade hörhjälpmedel tillgodosedda inom landstingets utbud.

Ska systemet med hörselcheckar/rekvisition finnas kvar måste de förändras och regleras hårdare. Medfinansiering bör till exempel inte tillämpas och det måste även finnas uppföljning så att inte patienterna får en sämre kvalitet till en högre kostnad för landstinget. Patienterna måste vidare ha reella möjligheter att göra informerade val. I dag finns det inte någon öppen neutral information om de olika hörselmottagningarnas utbud, kvalitet samt prisuppgifter. Ska patienten kunna göra ett reellt val bör hon ha tillgång till uppgifter om samtliga hörapparater som erbjuds i landstingssortiment. Vidare bör även sortiment och prisuppgifter över det som erbjuds i de privata sortimenten finnas lätt tillgängligt.

Vid val av hörapparat utanför landstingets utbud är det en förutsättning att patienten ges individuellt anpassad information om de hjälpmedel som finns. Patienten bör inte bli utsatt för otillbörlig marknadsföring, samt vara fullt medveten om att ett sådant val även innebär att hon själv är ansvarig för produkten. Det är ett krav att patienten informeras om att hon har rätt till en hörapparat, som tillgodoser hennes medicinska behov inom det landstingsupphandlade sortimentet.

Utifrån ett etiskt perspektiv är den hörselvårdvalsmodell som tillämpas i Östergötland och Uppsala att föredra, där man avtalat om att landstingsfinansierad utprovning enbart gäller för de landstingsupphandlade produkterna. Det är viktigt att landstinget har ett stort utbud av apparater att välja emellan. Denna modell minskar risken för otillbörlig, vilseledande marknadsföring av produkter utanför landstingets sortiment. Önskar patienten något annat får hon välja det helt utanför den skattefinansierade vården.

8.2 Exempel på egenfinansiering

8.2.1 Inledning

I detta avsnitt ger vi sex exempel från skilda delar av hälso- och sjukvården vilka i dag oftast egenfinansieras. Varje exempel kommenteras utifrån argument för egenfinansiering. I några av exemplen redovisas också etiska argument som kan anföras mot egenfinansiering.

Exemplen illustrerar dels situationer då det beslut om egenfinansiering som landstingen fattat stämmer mycket väl överens med rådets föreslagna aspekter att beakta inför beslut om egenfinansiering, dels mer komplexa situationer där det är oklart varför just dessa insatser ska egenfinansieras.

Den bild vi här ger av dagens praxis är representativ för merparten av landstingen. Det finns dock landsting som beslutat att helt eller delvis finansiera vissa av insatserna. Det är också vanligt att arbetsgivare, helt eller delvis, kan stå för hälso- och sjukvårdskostnaderna för anställda.

8.2.2 Operation av åderbräck

Åderbräck kan dels vara vanprydande, dels ge symtom i form av tyngdkänsla, ömhet i benet, svullnad, irriterad hud eller bensår. Numera bekostar landstingen inte åderbräcksoperationer (eller annan åderbräcksbehandling) av enbart kosmetiska skäl.

De patienter som har vanprydande åderbräck men i övrigt saknar medicinska symtom brukar hänvisas till privata kliniker och får då själva stå för hela kostnaden (i storleksordningen 10 000–25 000 kronor). Om åderbräcken däremot ger svåra symtom betraktas operationen vara medicinskt motiverad¹⁹ och bekostas (utöver den vanliga patientavgiften) av landstinget.

Etiska argument för och emot egenfinansiering

Det saknas medicinska skäl för operation av varicer av kosmetiska skäl och det är tveksamt om ingreppet omfattas av hälso- och sjukvårdens mål som de anges i hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf. Även om ingreppet har gynnsamma kosmetiska effekter och komplikationsriskerna är små, måste tillståndets svårighetsgrad bedömas vara låg och de medicinska effekterna små. Skulle åderbräcksoperationer utföras av kosmetiska skäl i den offentligt finansierade vården uppstår undanträngningseffekter.

¹⁹ Effekterna av olika insatser mot bensår hos äldre har nyligen sammanställts i en SBU-rapport: Svårläkta sår hos äldre – prevention och behandling, sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Svarlakta-sar-hos-aldre---prevention-och-behandling/

Kostnaden vid egenfinansiering är måttligt hög. Således finns starka argument för att kosmetiska åderbråcksoperationer kan egenfinansieras. Landstingens nuvarande ställningstaganden – som bygger på prioriteringsetiska argument – stämmer väl överens med de etiska aspekter på med- och egenfinansiering som Smer presenterar i avsnitt 9.5.1. Men som alltid finns det naturligtvis gränssfall och gråzoner. Bedömningen om när ett åderbrock är att betrakta som medicinsk motiverat att operera kan skilja sig åt beroende på vem som gör bedömningen och var den görs. Under den senaste tioårsperioden har åderbråcksbehandlingar utvecklats med hjälp av ny teknik (ultraljud, laser, kärllkirurgi). Den senaste stora sammanställningen om åderbråck och dess behandling finns i International Angiology vol 33 April 2014 No.2.

8.2.3 Nya cancerläkemedel

TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) bestämmer vilka läkemedel som ska ingå i högkostnadsskyddet, dvs. finansieras statligt (utöver patientavgiften). Frågan om högkostnadsskydd gäller enbart läkemedel som ges i öppenvård – landstinget står för kostnaderna för läkemedel till patienter på sjukhus.

När TLV tar ställning till nya och gamla läkemedel, vägs nytta mot samhällskostnader. Vi ger här enbart ett exempel på hur beslutet kan se ut.

Under de senaste åren har en lång rad nya läkemedel mot cancer tagits fram av läkemedelsindustrin. Ofta är effekterna begränsade till förhållande till tidigare behandling och priset är mycket högt. De flesta av TLV:s avslag rör därför nya cancerläkemedel (av 5 avslag under det första halvåret 2014 gällde 4 cancerläkemedel). En typisk formulering lyder:

Prostatacancerläkemedlet xxx kommer inte att ingå i högkostnadsskyddet. Det pris som företaget begär är för högt i förhållande till läkemedlets effekt.

Ställningstaganden av denna typ bygger alltså på ett hälsoekonomiskt resonemang, något som också är TLV:s huvuduppdrag. I TLV:s regelverk ingår emellertid även att myndigheten ska ta hänsyn till såväl människovärdesprincipen och behovs- och solidaritet

tetsprincipen.²⁰ Inom TLV pågår en översyn av de etiska grunderna för bedömningarna.

Att högkostnadsskyddet inte gäller, lämnar kvar två finansieringsalternativ: egenfinansiering eller offentlig finansiering via landstingen. Det finns exempel där landsting gått in och betalat för nya cancerläkemedel, ibland efter påtryckningar från patientorganisationer, enskilda patienter och deras anhöriga.

Etiska argument för och emot egenfinansiering

Tillståndet är mycket svårt. Samtidigt är flera av de nya cancerläkemedlen mycket dyra och deras effekter små eller måttliga när man jämför med effekterna av andra tillgängliga behandlingar för samma sjukdom. Därför har TLV bedömt att kostnadseffektiviteten är låg. Det finns en betydande risk för biverkningar men riskerna är oftast inte större (och ibland mindre) än med tidigare cancerläkemedel.

När inte ens staten anser sig ha råd, blir egenfinansiering sällan ett realistiskt alternativ även om det finns cancerpatienter som också till mycket högt pris vill gripa varje möjlighet till behandling. Eftersom bara relativt få patienter skulle ha råd, är egenfinansiering inte förenlig med hälso- och sjukvårdens portalparagraf om vård på lika villkor efter behov, inte heller med prioriteringsplattformens människovärdes- och behovs-/solidaritetsprinciper.

Om läkemedlet däremot ska betalas med landstingsmedel via en klinikbudget, finns en uppenbar risk för undanträngningseffekter. Detta innebär att andra angelägna insatser för cancersjuka patienter kan få stryka på foten. Här finns ett tydligt prioriteringsetiskt dilemma och en tydlig risk att landstingen kommer till olika slutsatser när det gäller finansieringen av nya dyra cancerläkemedel. För att på nationell nivå samordna införandet av nya läkemedel i vården har landets regionala cancercentra initierat en gemensam verksamhet under benämningen *Nationellt införande av nya läkemedel*.²¹

²⁰ TLV:s regelverk, www.tlv.se/tlv/regelverk/

²¹ RCC i Samverkan, www.janusinfo.se/Nationellt-inforande-av-nya-lakemedel/Nationellt-inforande-av-nya-lakemedel/

8.2.4 Assisterad befruktning utöver vad landstinget erbjuder

Vid ofrivillig barnlöshet brukar landstingen bekosta de första försöken med assisterad befruktning. En behandling inleds alltid med en medicinsk bedömning utifrån parets förutsättningar till graviditet. Hittills har både den övre åldersgränsen för IVF-behandling och det maximala antalet landstingsfinansierade försök varierat mellan landstingen. Sveriges Kommuner och Landsting har nyligen gått ut med en rekommendation om enhetlighet i landstingens och regionernas erbjudande av offentligt finansierad assisterad befruktning.²² Dessa förslag omfattar t.ex. gemensamma åldersgränser (40 år för start av behandling 45 år för insättande av befruktat ägg) och max-antal försök (3). Önskar kvinnan assisterad befruktning utöver detta, hänvisas hon till privatklinik, där den övre åldersgränsen brukar vara något högre och där det i regel inte finns begränsningar i antalet försök. Kvinnan betalar då själv hela kostnaden.

Det finns andra situationer då assisterade befruktningsinsatser helt betalas av paret. Det gäller t.ex. IVF utomlands (om man t.ex. önskar en anonym spermadonator) och nedfrysning av ägg av sociala skäl.

Etiska argument för och emot egenfinansiering

De flesta tillstånd av ofrivillig barnlöshet omfattas av hälso- och sjukvårdens mål som de anges i hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf. I Smer-rapporten *Assisterad befruktning – etiska aspekter* framförde vi att det inte var en mänsklig rättighet att få barn, men i debatten framförs att hälso- och sjukvårdens nuvarande behandling av ofrivilligt barnlösa kan innebära diskriminering t.ex. av ensamstående kvinnor och homosexuella män.

De olika formerna av assisterad befruktning måste analyseras var för sig – vilka argument talar för respektive emot egenfinansiering? Vi tar här upp tre exempel: övre åldersgräns och maximering av IVF-försök vid offentligt finansierad assisterad befruktning samt nedfrysning av ägg av sociala skäl.

²² Rekommendation om enhetlighet i landstingens och regionernas erbjudande av offentligt finansierad assisterad befruktning. Dnr 12/0877. Sveriges Kommuner och Landsting.

De skäl som brukar åberopas för en övre åldersgräns i den offentligt finansierade vården är att utsikterna att bli gravid minskar markant i åldrar över 40, dvs. att behandlingseffekter för dessa kvinnor blir sämre. Därmed försämras också kostnadseffektiviteten med stigande ålder. Orsaken till att antalet behandlingar begränsas är mer otydlig. Det finns betydande möjligheter att bli gravid också vid fjärde eller femte försöket.²³ Här skulle argumentet för att begränsa antalet offentligt finansierade försök handla om rättvis fördelning av begränsade resurser mellan dem som står i kö för IVF.

Är barnlösheten ofrivillig kan offentlig finansiering vara motiverad. Det finns i regel en bakomliggande medicinsk orsak till barnlösheten och det finns effektiva behandlingsmöjligheter med god säkerhet och till rimlig kostnad.

Om det i stället handlar om nedfrysning av ägg av sociala skäl (kvinnan vill vänta med barnafödandet tills livssituationen är lämplig) så är assisterad befruktning med de nedfrysta äggen knappast förenlig med hälso- och sjukvårdens mål som de definieras i lagen. Möjligheten att själv finansiera nedfrysning av sociala skäl gör att valfrihet finns – sådan nedfrysning erbjuds i Sverige vid ett par privata IVF-kliniker.

8.2.5 Vissa former av fosterdiagnostik

Fosterdiagnostik innebär medicinska undersökningar för att se hur fostret utvecklas och om det har vissa sjukdomar eller missbildningar. Den vanligaste fosterdiagnostiska metoden är ultraljud som erbjuds alla gravida kvinnor runt graviditetsvecka 18. Undersökningen syftar till att se hur graviditeten utvecklas, bland annat kontrolleras hjärtaktivitet och om fostret har några synliga missbildningar. Man bestämmer även graviditetslängden, samt avgör om det finns mer än ett foster och om moderkakan ligger fel, så att det kan uppstå problem i samband med förlossningen. Denna undersökning erbjuds alla kvinnor och finansieras av landstingen. Ultraljudsundersökningen är frivillig och ska föregås av utförlig information om vad undersökningen innebär.

²³ Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU:s upplysningstjänst. Minskar möjligheten för en framgångsrik IVF-behandling med antal behandlingsförsök? 30 oktober 2012.

Om sannolikheten för kromosomavvikelse är högre än normalt kan den gravida kvinnan erbjudas prov på fostervatten eller från moderkakan. Dessa undersökningar är inte riskfria – ungefär 0.5–1 % av ingreppen leder till missfall. Däremot är risken för modern ytterst liten, men innebär obehag. Fostervattens- och moderkaksprov bekostas av landstingen.

I flera landsting erbjuds s.k. KUB-test (kombinerad ultraljudsundersökning och biokemisk analys). Testet genomförs tidigare i graviditeten (vecka 11–14) än den vanliga ultraljudsundersökningen och det innebär en bedömning av sannolikheten att fostret har Downs syndrom eller ett fåtal andra kromosomrubbingar. I ett fåtal landsting (t.ex. Örebro läns landsting) erbjuds testet till alla gravida kvinnor. I andra landsting (t.ex. Stockholms läns landsting) har man en nedre åldersgräns utifrån det faktum att sannolikheten för kromosomavvikelse ökar med stigande ålder hos modern. Finansieringen av KUB-testet varierar beroende på vilket landsting kvinnan är bosatt i. Patientavgifter och egenfinansiering förekommer. I Uppsala läns landsting betalar den gravida kvinnan 300 kronor om hon är över 35 år, 1 500 kronor om hon är under 35 år.²⁴

Den senaste utvecklingen inom området fosterdiagnostik är s.k. non-invasiv prenatal test (NIPT). Med ett enkelt blodprov från modern relativt tidigt under graviditeten (vecka 10 och framåt) kan risken för att fostret har vissa former av kromosomrubbing, t.ex. Downs syndrom, bestämmas. Provet har större precision än KUB. SBU publicerar inom kort en systematisk kunskapsöversikt över det vetenskapliga underlaget för NIPT med en etisk analys genomförd av Smer.

Inget av landstingen erbjuder ännu NIPT men metoden kommer sannolikt att börja erbjudas under kommande år. Frågan om eventuell medfinansiering har ännu inte varit aktuell, däremot har frågan om egenfinansiering aktualiserats då testet i dag erbjuds av privat företag utanför den offentliga hälso- och sjukvården.²⁵

²⁴ www.unt.se/uppland/uppsala/ojamlig-tillgang-till-fosterdiagnostik-3241364.aspx (Hämtad 2014-12-18)

²⁵ TataaBiocenter. Nyhetsmeddelande Nytt helt riskfritt test introduceras i Sverige, 2014-19-11. www.tataa.com/fostertest-riskfritt-och-tillforlitligt/ (Hämtad 2014-11-02) Unilabs samarbetar med BB Stockholm Family www.unilabs.se/SE/company/news/Pages/Unilabs-samarbetar-med-BB-Family-i-Stockholm.aspx (Hämtad 2014-11-02).

Etiska argument för och emot egenfinansiering

Erbjudanden om fosterdiagnostik varierar stort beroende på i vilket landsting man bor. Detta strider mot principen om att vård ska ges på lika villkor i Sverige. Bostadsort ska inte vara avgörande för vilken vård man erbjuds. I vissa landsting erbjuds KUB enbart dem som har en ökad sannolikhet för kromosomavvikelse. Här kan det uppstå en konflikt mellan likarättsprincipen å ena sidan och behovs-, solidaritets- och kostnadseffektivitetsprinciperna å den andra.

Att fostervattenprov enbart erbjuds dem med en ökad sannolikhet, kunde tidigare motiveras med att provtagningen i sig innebär en risk för individen, varför man kunde väga de olika sannolikhetserna mot varandra och motivera varför man behandlade individer olika. Detta gäller dock inte för KUB, eftersom provtagning och sannolikhetsbedömning genom KUB utifrån moderns perspektiv kan vara av lika stort värde oavsett ålder. I sammanhanget kan tilläggas att efter införande om erbjudande av fostervattenprov föds de flesta barn med kromosomavvikelse av kvinnor som är under 35 år i Sverige.

Behovet för den enskilda kvinnan att få kunskap om sitt blivande barn varierar. Av detta skäl erbjuds både KUB och fostervattenprov till kvinnor under 35 år på indikationen ”oro” i flera landsting.

Vilken är den medicinska effekten av den kurativa eller förebyggande insatsen för individen? Olika fosterdiagnostiska metoder har olika direkt effekt. Att kvinnan får mer kunskap om det barn hon bär på kan stilla oro. Det kan också ge kvinnan och hennes partner tid att förbereda sig på att ta hand om ett barn med särskilda behov. I andra fall kan fostermedicinska insatser utföras och förlossning planeras utifrån det blivande barnets behov.

Att erbjuda till exempel KUB till olika kostnader mot bakgrund av individens ålder är ett etiskt dilemma. Det skulle å ena sidan kunna strida mot likarättstolkningen av människovärdesprincipen, vilken innebär att man inte ska särbehandlas mot bakgrund av social ställning, ålder, etc. En nedre åldersgräns skulle å andra sidan kunna motiveras av skillnader i behov och en vägning av kostnader mot effekter – fler tester behöver genomföras för att hitta en kromosomavvikelse om kvinnan är yngre. Ett sådant resonemang

förutsätter att ingående bedömningar av behov, effekter och kostnader gjorts i olika åldersgrupper.

Frågan om egenfinansiering kan komma att aktualiseras om patienten önskar NIPT framför andra etablerade metoder. Eftersom NIPT i dagsläget är dyrare än KUB skulle det kunna tänkas att NIPT erbjuds till medfinansiering, dvs. att patienten betalar mellanskillnaden mellan KUB och NIPT. Att erbjuda den tillförlitligare metoden till medfinansiering är inte etiskt acceptabelt enligt rådets mening. Alternativet är att patienten genomgår testet till egenfinansiering utanför den offentligt finansierade vården.

Metodutvecklingen är snabb och SBU genomför för närvarande en systematisk litteraturoversikt över kunskapsläget. Det är dessutom möjligt att kostnaderna för NIPT kommer att sjunka snabbt under de närmaste åren. Landstingen bör dock inte introducera och finansiera nya metoder innan det finns ett fullgott beslutsunderlag.

8.2.6 TBE-vaccination

Det nationella vaccinationsprogrammet innebär att alla barn i Sverige har rätt till vaccination mot nio allvarliga sjukdomar, bl.a. mässling, stelkramp, polio och difteri. År 2010 tillkom också vaccination mot humana papillomvirus (HPV), men bara hos flickor. Dessa vaccinationer är inte obligatoriska men de erbjuds gratis. Vissa riskgrupper – och då inte enbart barn erbjuds dessutom gratis vaccination mot sjukdomar som hepatit B, tuberkulos och influensa.

Det finns också vaccinationer som helt egenfinansieras. Dit hör i första hand vaccinationer inför utlandsvistelser (mot t.ex. gula febern och kolera). Men det finns även ”svenska” sjukdomar där vaccinationerna egenfinansieras. Dit hör säsonginfluensa utanför riskgrupperna och TBE (fästingburen hjärninflammation).

TBE är en virusinfektion som sprids genom fästingbett. Varje år drabbas i Sverige 150–200 personer. De flesta blir helt återställda, men cirka 10 % får förlamningar och drygt en tredjedel får andra långdragna eller bestående besvär. Dödsfall förekommer.

TBE-smittan finns huvudsakligen i östra Svealands kustband, men den sprider sig nu också till andra kustområden i landet och TBE riskerar att bli ett betydande folkhälsoproblem. Man brukar

rekommendera vaccination för personer som regelbundet vistas i fästingrika områden. Vaccination vid minst tre separata tillfällen ger mycket gott skydd mot TBE. Vaccinationen egenfinansieras (kostnaden för tre vaccinationer är i storleksordningen 1 000 kronor).

Enligt den information som Smer haft tillgänglig är det bara i Uppsala och Sörmlands läns landsting som det förekommit diskussioner om att finansiera TBE-vaccination och då för de delar av befolkningen där risken för TBE-smitta bedöms vara särskilt hög. En preliminär kostnadseffektivitetsanalys genomförd av Sörmlands läns landsting, visade dock en mycket hög kostnad om alla medborgare i landstinget skulle erbjudas TBE-vaccination (2,4 miljoner kronor per vunnet livskvalitetsjusterat levnadsår, QALY).²⁶

Etiska argument för och emot egenfinansiering

Det råder ingen tvekan om att vaccinationer mot svåra sjukdomar omfattas av hälso- och sjukvårdens lagfästa mål. Om offentligt finansierad TBE-vaccination skulle erbjudas bara en del av befolkningen, skulle detta inte strida mot människovärdesprincipen, så länge urvalet sker utifrån riskbedömningar (t.ex. bosättning i högriskområde).

TBE-vaccination fyller flera av de kriterier som brukar ställas på andra offentligt finansierade vaccinationer. Vaccinationen är säker och ger gott skydd mot en sjukdom som ibland ger mycket allvarliga följder – i detta liknar den t.ex. mässlingvaccination. Men det finns också viktiga principiella skillnader. Att en stor del av befolkningen är vaccinerad hindrar spridning av t.ex. mässling, polio och difteri. Men TBE sprids inte mellan människor och TBE-vaccination hindrar således inte spridningen av sjukdomen. Ur befolkningssynpunkt är därför TBE-vaccination mindre angelägen än vaccination mot sjukdomar som smittar mellan människor. Kostnaden för individen är låg (cirka 1 000 kronor för tre vaccina-

²⁶ Landstinget Sörmland, Landstingsstyrelsen. Protokoll 2013-05-28, § 80/13 Hälsoekonomisk analys av allmän TBE-vaccinering invånarna i Sörmland. www.landstingetsormland.se/PageFiles/37761/§%2080%20Hälsoekonomisk%20analys%20av%20allmän%20TBE-vaccinering%20av%20invånarna%20i%20Sörmland.pdf
Den sparsamma internationella litteraturen (t.ex. Smit R. Cost-effectiveness of tick-borne encephalitis vaccination in Slovenian adults. *Vaccine* 2012;30:6301-6) tyder dock på avsevärt lägre kostnader per vunnet QALY.

tionstillfällen) jämfört med de andra exemplen på egenfinansiering vi refererar i detta avsnitt.

Eftersom TBE i dag är begränsad till vissa delar av Sverige blir det knappast aktuellt att TBE-vaccination ska ingå i det nationella vaccinationsprogrammet. En allmän vaccination skulle vara onödig för de delar av den svenska befolkningen som inte rör sig där smitta finns. TBE-vaccination är betydligt dyrare – och mindre kostnadseffektiv – än många av barnvaccinationerna. Folkhälsomyndigheten har gett rekommendationer om när TBE-vaccination bör rekommenderas²⁷ men tar inte ställning till finansieringen. Den preliminära analys som Sörmlands läns landsting gjort (se ovan) tyder på låg kostnadseffektivitet. Om vaccinationen erbjuds enbart högriskgrupper så ökar kostnadseffektiviteten. Likaså ökar den om spridningen av TBE i befolkningen skulle tillta ytterligare.

TBE-vaccination är ett exempel där ytterligare ett kriterium gör sig gällande: traditionen. Vaccinationen är aktuell huvudsakligen för vuxna, där det finns en tradition att vaccinationer (utöver riskgrupper) egenfinansieras. Smer anser inte att tradition kan vara ett etiskt kriterium. Traditionella finansieringsformer kan behöva leva kvar av ekonomiska skäl.

Detta exempel illustrerar att de etiska aspekter på med- och egenfinansiering som Smer föreslår (avsnitt 9.5.1) kan tillämpas även för förebyggande insatser. Skulle framtida hälsoanalyser visa bättre kostnadseffektivitet än den enda svenska analys som hittills gjorts, förefaller det vara etiskt försvarbart att erbjuda högriskgrupper offentligt finansierad TBE-vaccination. För befolkningar och grupper med låg risk är fortsatt egenfinansiering etiskt försvarbar.

8.2.7 Psykoterapi

Det finns två huvudinriktningar inom psykoterapi, den psykodynamiska och den kognitiva. Psykodynamiska terapier är inriktade på förståelse för hur psykiska problem uppkommit (t.ex. genom traumatiska upplevelser i barndomen) och innefattar bl.a. psykoanalys. De kan syfta till behandling av psykisk sjukdom men används

²⁷ Folkhälsomyndigheten. Vaccination mot TBE, www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/17814/Vaccination-mot-TBE.pdf

också för personlig utveckling. Kognitiv beteendeterapi (KBT) är inriktad på bättre hantering av den situation patienten befinner sig i och de psykiska symtom han/hon har. Generellt är behandlingstiderna betydligt längre vid psykodynamisk terapi än vid KBT.

Det vetenskapliga underlaget för psykoterapi varierar. Baserat på bl.a. underlag från SBU har Socialstyrelsen också i sina riktlinjer för behandling av depression och ångest gett mycket varierande prioritet åt de olika psykoterapimetoderna.²⁸

Landstingen har anställda psykoterapeuter. Landstingen har även vårdavtal med privatpraktiserande psykologer, vilket innebär att man kan få psykoterapi hos dem till en reducerad kostnad (landstingstaxa). Det finns ett litet antal privatpraktiserande läkare som är legitimerade psykoterapeuter och som är anslutna till Försäkringskassan. Deras patienter får psykoterapi till reducerad kostnad. Om psykoterapeuten är psykolog utgår däremot ingen ersättning från Försäkringskassan.

Många patienter som har behov av eller önskar psykoterapi saknar tillgång till offentligt finansierad psykoterapi. De är då hänvisade till privat vård och får betala hela kostnaden själva. Kostnaden för privat psykoterapi understiger sällan 800 kronor per timme (men vissa psykologer anpassar avgiften utifrån patientens betalningsförmåga). Ofta är behandlingsperioderna långa. Kostnaderna kan bli mycket höga. Det finns stiftelser (t.ex. S:t Lukas och Erica) som kan erbjuda en del patienter psykoterapi till reducerad kostnad. Det finns också exempel på idéburna organisationer som Svenska Kyrkan och Stadsmissionen som har viss kostnadsfri psykoterapeutisk verksamhet.

Sammanfattningsvis är psykoterapin ett område med en uppsjö av finansieringstyper för både patienter och professioner ett svårgenomträngligt regelverk kring en komplex blandning av offentlig finansiering, ideell avgiftsfri verksamhet, reducerade kostnader och egenfinansiering.

²⁸ Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010. www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf

Etiska argument för och emot egenfinansiering

Det kan visserligen ibland vara svårt att avgränsa när psykoterapi används för att hantera psykisk sjukdom och när den används för personlig utveckling. Men den psykoterapi som tydligt syftar till personlighetsutveckling snarare än behandling av sjukdom ligger utanför hälso- och sjukvårdens mål och bör egenfinansieras, utifrån de etiska aspekter vi presenterar i avsnitt 9.5.1.

För att dagens system med blandade typer av finansiering av psykoterapi vid sjukdom ska fungera utifrån lagens bestämmelse om vård på lika villkor efter behov krävs att huvudmännen och vårdens medarbetare gör omsorgsfulla prioriteringar av grupper och av enskilda patienter.

Denna prioritering ska i första hand bygga på tillståndets svårighetsgrad, behandlingens effekter, risker, kostnader och risk för komplikationer. Psykisk sjukdom involverar ofta närstående och omgivning; effekter för dessa bör också vägas in när man ska avgöra frågan om eventuell offentlig finansiering. Medan sjukdomens svårighetsgrad och kostnaderna för behandling är relativt enkla att uppskatta, så är förväntade effekter och risk för komplikationer ofta svårbedömda.

För patienten finns en brist på konsistens och förutsägbarhet i finansiering av psykoterapi som kan kritiseras ur etisk synvinkel. Motiven för dagens ordning för finansiering av psykoterapi är långtifrån klara. Åtminstone delvis handlar det om kostnader och om konvention/tradition (på motsvarande sätt som det mesta av tandvården är egenfinansierad).

När de etiska aspekter vi föreslår ska beaktas inför beslut om med- och egenfinansiering (se avsnitt 9.5.1) och tillämpas på psykoterapi blir det uppenbart att de många gränsskikten i finansierings-sätt ökar risken för godtycke. För att dagens komplexa system ska fungera krävs en mycket kunnig och strikt prioritering från landstingens sida. Ur etisk synpunkt finns mycket som talar för att offentlig finansiering bör vara huvudregeln så länge det handlar om sjukdomsbehandling och terapin utförs i enlighet med de nationella riktlinjernas prioriteringar. Uppfylls inte dessa villkor kan egenfinansiering vara motiverad.

8.3 Exempel på andra områden där med- och egenfinansiering diskuteras

Vi redovisar här några få exempel på sjukvårdsinsatser som nämnts i debatten om egen- och medfinansiering samt ger mycket kortfattade kommentarer utifrån de etiska aspekter Smer föreslår ska beaktas inför beslut om med- och egenfinansiering.

8.3.1 Generika vs. "original" läkemedel

På apoteken expedieras den billigaste varianten av ett föreskrivet läkemedel (generisk expediering). Om patienten i stället önskar originalläkemedlet får han/hon betala mellanskillnaden, en form av medfinansiering.

Det utbytta läkemedlet har samma medicinska effekt och kvalitet. Här finns inte heller några undanträngningseffekter. För den enskilde patienten kan möjligheten att mot en måttlig extrakostnad få den vanliga tabletten ha ett värde. Denna form av medfinansiering förefaller etiskt acceptabel.

8.3.2 Eget rum på sjukhus

Att genom medfinansiering kunna köpa sig till ett eget rum vid sjukhusvistelse strider mot likarättsprincipen. Om eget rum tilldelas den som kan betala i stället för den som har det största medicinska behovet uppstår uppenbara undanträngningseffekter.

8.3.3 Bättre mat på sjukhus

Maten är en viktig del i omvårdnaden. Därför kan den betraktas som en integrerad del av hälso- och sjukvården. Att patienter på ett offentligt finansierat sjukhus utifrån betalningsförmåga skulle serveras olika mat strider mot likarättsprincipen. Individuell anpassning av kosten ska i stället ske utifrån de medicinska behoven. Önskar patienten något annat än det som erbjuds får han/hon till egen kostnad beställa mat utifrån. Detta gäller oavsett om det är en offentlig eller privat utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

8.3.4 Hjälpmedel

Hjälpmedelsinstitutet (numera Myndigheten för delaktighet) publicerade 2012 en kartläggning av landstingens finansiering av hjälpmedel.²⁹ Man utgick från två fiktiva personer med funktionshinder och deras bedömda hjälpmedelsbehov. Det första exemplet gällde en 17-årig pojke med ADHD, dyslexi, samt koncentrations- och sömnsvårigheter. Han hade behov av flera tekniska hjälpmedel, bland annat ordbehandlare med inbyggd talsyntes. De kostnader pojken själv fick stå för beräknades variera från 0 till drygt 25 000 kronor mellan de olika landstingen. Det andra exemplet gällde en medelålders kvinna med svår synskada. Hon var i behov av avancerad GPS som hjälpmedel. Hennes kostnader beräknades variera mellan landstingen från 0 till drygt 12 000 kronor.

Med den tekniska utvecklingen kommer allt fler medicintekniska produkter som underlättar livet för funktionshindrade eller används direkt i behandling av sjukdom. Viljestyrda permanenta robotproteser – snart på ingång i vården är exempel på hur den teknologiska utvecklingen aktualiserar etiska frågor kring med- och egenfinansiering. Robotar har stor potential att förbättra funktionshindrade personers liv men är samtidigt mycket dyra.³⁰

De stora skillnaderna i offentlig finansiering av hjälpmedel mellan landstingen som framgår av Hjälpmedelsinstitutets kartläggning, är inte förenliga med principen om vård på lika villkor. När de egna kostnaderna är höga för hjälpmedel som fyller ett tydligt medicinskt behov finns en uppenbar risk för ojämlik tillgång till hjälpmedlen. De bör då ingå i det offentliga utbudet. Gäller det hjälpmedel som saknar eller endast har marginella medicinska effekter kan det däremot vara etiskt motiverat att de inte erbjuds inom den offentligt finansierade vården. Den som önskar hjälpmedlet har möjlighet att vända sig till privata utförare och står då själv för hela kostnaden.

²⁹ Hjälpmedelsinstitutet. Hjälpmedel på lika villkor. Kartläggning av landstingens och regionernas tillhandahållande av hjälpmedel.

www.hi.se/Global/dokument/publikationer/2012/12348-pdf-hjalpmedel-pa-lika-villkor.pdf

³⁰ Smer har ett pågående projekt med etisk analys av robotar och kameraövervakning i äldre vården. Rapporten kommer att finnas tillgänglig på Smers hemsida (www.smer.se) i början av 2015.

9 Överväganden och ställningstaganden

9.1 Inledning

Flera tänkbara former av egen- och medfinansiering är oförenliga med hälso- och sjukvårdens mål som beskrivs i hälso- och sjukvårdslagen och prioriteringsplattformen, samt intentionerna i de internationella konventioner och deklARATIONER som förespråkar vård på lika villkor efter behov.

I det följande sammanfattas rådets överväganden och ställningstaganden vad gäller med- och egenfinansiering i hälso- och sjukvården.

9.2 Medfinansiering

Mot medfinansiering i hälso- och sjukvården finns både principiella rättviseargument och argument som berör risker och icke-önskvärda konsekvenser. Rådet menar att det utifrån ett etiskt perspektiv finns fler argument som talar emot medfinansieringsmodeller i hälso- och sjukvården än som talar för. I den etiska diskussionen har rådet enbart funnit enstaka fall/ situationer av medfinansiering som bedömts vara etiskt godtagbara (utbyte av generiska läkemedel, se avsnitt 8.3).

Utifrån ett övergripande samhällsperspektiv finner rådet goda argument mot medfinansiering av hälso- och sjukvårdsinsatser, oavsett om medfinansiering erbjuds av en offentlig eller privat utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård, av de skäl som följer.

9.2.1 Medfinansiering strider mot principen om vård på lika villkor och riskerar att leda till ökad ojämlikhet i hälsa

Enligt rådets tolkning strider medfinansiering mot intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen samt den etiska plattformen för prioriteringsbeslut. Att köpa sig till en bättre vårdkvalitet och tillgänglighet¹ inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården är inte förenligt med principen om vård på lika villkor och är således inte etiskt godtagbart. Internationella studier och jämförelser visar sammantaget att en ökad privatfinansiering av hälso- och sjukvårdsinsatser ökar skillnaderna i hälsa i befolkningen.² En sådan utveckling på hälso- och sjukvårdens område bör motverkas.

Rådet befarar att ett införande av medfinansiering inom ramen för den offentligt finansierade vården kan komma att påverka dels värdegrunden för hälso- och sjukvården, att vård ska ges på lika villkor efter behov, dels att konsekvenserna av ett införande på sikt kan riskera att leda till en offentlig hälso- och sjukvård som enbart garanterar en basnivå. Det vill säga att man gradvis frångår tanken om en vård av hög kvalitet till alla.

Rådet menar att det är svårt att förena dessa två målbilder: att dels hålla fast vid likarättsprincipen, dels ge utrymme för individer att köpa sig till hälso- och sjukvårdsinsatser av bättre kvalitet. Att öppna upp för medfinansiering riskerar att leda till en ökad grad av ojämlikhet i hälsa.

Om patienter kommer att betala större delar av sin vård ur egen ficka genom med- eller egenfinansiering finns det även en risk att betalningsviljan undergrävs för den skattefinansierade gemensamma vården.

¹ Till exempel att gå före kön och snabbare få vård.

² Se avsnitt 3. Framtida finansiering och egenavgifter.

9.2.2 Medfinansiering kan strida mot behovs- och solidaritetsprincipen och komma i konflikt med kostnadseffektivitetsprincipen

Det främsta argumentet för införandet av s.k. medfinansiering är att patientens valmöjligheter ökar genom att hon får möjlighet att välja även produkter och tjänster som ligger utanför det som erbjuds inom den offentligt finansierade vården, även om hon då själv får bekosta mellanskillnaden. Alla har dock inte samma möjligheter att utnyttja fler valmöjligheter. Det kan även i vissa fall skapa undanträngningseffekter, vilket i så fall drabbar andra och innebär att behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen inte kan upprätthållas.

Patientens möjlighet att fritt mot betalning få välja tilläggsinsatser och tillgänglighet inom hälso- och sjukvården väger, enligt rådets uppfattning, inte lika tungt som likarättsprincipen samt behovs- och solidaritetsprincipen. Patienten bör ges möjlighet att välja mellan likvärdiga behandlingsalternativ i den mån det gäller metoder med liknande effekter och kostnader. Patienten kan också välja vårdinrättning enligt patientlagen som träder i kraft den 1 januari 2015. Men detta innebär inte att patienten ska kunna ställa krav på att få medfinansiera något som inte erbjuds inom den offentliga vården.

Att erbjudas något annat till en extra kostnad innebär inte nödvändigtvis att man erbjuds något bättre. Patienten kan i själva verket betala för något som är sämre än det som erbjuds i landstingets sortiment, eller få något likvärdigt men till högre pris. Konkurrensen fungerar inte på vårdområdet hörapparater, visar HRFs kartläggning ang. hörhjälpmedel. Detta innebär att landstingen måste ställa högre krav genom avtal/regelbok och uppföljning när privata utförare anlitas för offentligt finansierad vård. Tillverkarnas marknadsföring av produkter och hjälpmedel måste granskas kritiskt.

Rådet anser att om patienten önskar något annat utanför landstingets utbud bör hon stå för hela kostnaden själv och bör inte få insatsen medfinansierad av den offentligt finansierade vården.

9.2.3 En individ med hälso- och sjukvårdsbehov är i första hand en patient och inte en kund på en marknad

I en hälso- och sjukvårdssituation är patienten i en beroendeställning. Ekonomiska incitament för privata utförare kan få icke önskvärda konsekvenser för patienten.

Påverkan genom marknadsföring i en vårdssituation kan medföra att vissa alternativ för tjänsten överdrivs (och att deras risker förringas) så att individens möjlighet/förmåga att fatta beslut i sitt eget långsiktiga intresse undermineras. När patienten kommer för att få sina vårdbehov tillgodosedda, är hon som regel i ett informationsunderläge jämfört med vårdgivaren vad gäller kunskap om de behandlingsalternativ som står till buds. Utifrån medicinsk etisk synvinkel ska hon därför behandlas och bemötas utifrån sitt individuella vårdbehov. Patienten har rätt att vara delaktig i de vård- och behandlingsbeslut som rör henne och bör ha möjlighet att välja bland likvärdiga vårdinsatser.

9.2.4 Tilliten till vården kan försvagas

Tilliten och förtroendet för den offentligt finansierade vården riskerar att minska om patienten inte i första hand är patient, utan behandlas som kund, och om man efterfrågar betalningsförmåga och betalningsvilja i samband med undersökning och behovsbedömning.

Om patienten erbjuds särskilda insatser till medfinansiering inom ramen för den offentligt finansierade vården kan detta ge en signal om att det ordinarie sortimentet inte är gott nog.

9.2.5 Andra potentiella problem med medfinansiering

Rådet tar inte ställning för eller mot privata vårdutförare, däremot tar rådet etisk ställning mot en sammanblandning av offentliga och privata medel såsom sker vid medfinansiering i samband med en behandlingsinsats.

En annan fråga som aktualiseras är en sammanblandning av medel som berör ansvarsförhållandena och konsekvenserna av användandet av produkter utanför det landstingsfinansierade utbudet. Den

privata utföraren har ansvaret för om något går snett i en vård-situation, där man sålt en s.k. tilläggsinsats. Samtidigt kan lands-tinget ses som moraliskt medansvarigt om vårdinsatsen delfinansi-erats av landstinget. Landstinget har likaså huvudmannaansvaret för de privata utförare som har vårdavtal med landstinget.

De metoder och produkter som används inom det offentliga utbudet ska vara av hög kvalitet. Oavsett utförare bör de hög-kvalitativa och kostnadseffektiva produkterna användas. Här kom-mer TLV och SBU liksom Smer ha viktiga funktioner att fylla, för att ge hälso- och sjukvården underlag inför beslut om introduktion av nya metoder och utgallring av gamla, mindre effektiva metoder.

9.3 Egenfinansiering

I rådets genomgång och diskussion har rådet funnit att det inte alltid är tydligt varför och på vilka grunder en hälso- och sjuk-vårdsinsats erbjuds till egenfinansiering.

I dag förekommer egenfinansiering av insatser i den offentligt finansierade vården i begränsad omfattning. Det handlar framför allt om egenfinansiering till självkostnadspris (enligt gällande regel-verk) för insatser som bedömts ligga utanför den offentligt finansi-erade vården.

Det är rimligt att vissa typer av hälso- och sjukvårdsinsatser som ligger utanför det offentliga åtagandet bör kunna erbjudas, som i dag, till självkostnadspris inom ramen för den offentliga sjuk-vården. Exempel kan vara vaccinationer, vissa intyg, enklare in-grepp av ringa medicinsk nytta, m.m. Detta blir särskilt aktuellt i de delar av landet där avstånden till privata vårdalternativ är långa.

9.4 Skillnader i beslut och tillämpning mellan landstingen vad gäller med- och egenfinansiering

Rådet anser att allt för stora skillnader mellan landstingen bör mot-verkas vad gäller nivån på patientavgifter, medfinansiering och vad som erbjuds till egenfinansiering. Allt för stora skillnader strider mot portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen – en vård på lika villkor efter behov. Följaktligen finns det goda skäl att arbeta för att minska skillnaderna.

9.5 Aspekter att beakta inför avgöranden om med- och egenfinansiering

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska alla behandlas lika. Människovärdesprincipen är den viktigaste etiska utgångspunkten vid prioritering i all hälso- och sjukvård följt av behovs- och solidaritetsprincipen och först i tredje hand kostnadseffektivitet.

Det är upp till respektive landsting att fatta beslut om vad som ska finansieras av landstinget eller inte, samt att beslut om med- och egenfinansiering i de fall det anses godtagbart. Landstingen har olika förutsättningar och möjligheter. Men besluten måste vara i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen och den etiska plattformen för prioriteringsbeslut.

Vilka former av egen- och medfinansiering som eventuellt är förenliga med plattformen, och andra regelverk, kan fastställas först efter granskning av varje enskild tjänst eller produkt. Utgångspunkten är om en viss hälso- och sjukvårdsinsats är förenlig med hälso- och sjukvårdslagen och med den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen eller inte. Är insatserna oförenliga med dessa bör med- eller egenfinansiering inte tillämpas oavsett för tjänsterna i övrigt. Beslutsstödet nedan är tänkt att ge vägledning.

9.5.1 Beslutsstöd inför bedömning av om hälso- och sjukvårdsinsats

Vad som kan bli föremål för egenfinansiering beror på vilken typ av vårdinsats eller produkt det rör sig om. Olika typer av insatser aktualiserar olika etiska problem. Vi kan även göra en distinktion mellan läkemedel (receptförskrivna, receptfria och rekvisitionsläkemedel), hjälpmedel (t.ex. hjälpmedel som rullator, glasögon och hörapparater) och andra medicintekniska produkter (t.ex. ledprotes och pacemaker) även om oklara gränsfall kan förekomma. Dessa produkter bör skiljas från övriga typer av vårdinsatser såsom akut-sjukvård, förebyggande vård och rehabilitering. Grundläggande diagnostik, vård och omvårdnad faller utanför denna diskussion eftersom det är något hälso- och sjukvården har i uppdrag att erbjuda.

Rådet har efter diskussion om målen med hälso- och sjukvården, den etiska plattformen för prioriteringsbeslut samt olika typer av

med- och egenfinansiering av hälso- och sjukvårdsinsatser arbetat fram följande frågor som bör vara vägledande inför bedömning av om en vårdtjänst eller produkt skulle kunna erbjudas till med- eller egenfinansiering.

Aspekter att beakta inför beslutsfattande

För att undvika godtycke inför bedömning av huruvida en insats bör med- eller egenfinansieras bör varje insats ingående analyseras på ett strukturerat sätt.

Först bör man identifiera värdekonflikterna, och sedan presentera och analysera de argument som talar för respektive mot att erbjuda med- alternativ egenfinansiering i det aktuella fallet.

Hälso- och sjukvårdens mål är att bekämpa sjukdom, att återställa och förbättra hälsa och livskvalitet samt förebygga ohälsa. Vart och ett av dessa begrepp kan bli föremål för en ingående analys, men i det här sammanhanget kan beskrivningen ovan fungera som en första utgångspunkt för formuleringen av ett antal frågor som enligt rådets mening bör beaktas vid ställningstagandet till olika former av med- och egenfinansiering. Frågorna baseras på i vår kultur vitt spridda etiska principer om rättvisa, trygghet och solidaritet samt sjukvårdens ovan nämnda allmänna mål.

Man bör börja med att urskilja vilka värdekonflikter som står på spel, och därefter identifiera vilka argument som talar för respektive emot att erbjuda tjänsten som med-, alternativ egenfinansiering.

Tillvägagångssättet innebär att man utgår från ett antal centrala frågor, vilka kan besvaras med ja, nej eller oklart (när underlag saknas för att med rimlig säkerhet ta ställning). Med utgångspunkt från svaren och de tidigare redovisade argumenten tar man ställning.

Som första punkt urskiljer man om frågan gäller egenfinansiering eller medfinansiering, samt vilken typ av hälso- och sjukvårdsinsats som avses.

Därefter bör följande aspekter sedan beaktas inför beslut om med- eller egenfinansiering inom hälso- och sjukvården:³

³ Se avsnitt 8.3.

- *Lika rätt*. I vilken utsträckning tillgodoser handlingsalternativen alla människors lika rätt till god vård utan hänsyn till social- och ekonomisk ställning?
- *Vård på lika villkor*. I vilken utsträckning innebär olika handlingsalternativ att människor får vård på olika villkor beroende på i vilken region de är bosatta?
- *Behovet*. Hur starkt är det medicinska behovet i den aktuella situationen?
- *Direkta effekter*. Vilken är den medicinska effekten av den kurativa eller förebyggande insatsen för individen?
- *Indirekta effekter*. Har insatsen effekter för andra än vårdtagaren?
- *Dokumentationen*. Hur väldokumenterade är effekterna i den mån de föreligger?
- *Risker*. Innebär insatsen eller användandet av produkten sannolikhet för negativa komplikationer? För vem i så fall?
- *Kostnaden i relation till effekt*. Vilken är kostnaden för insatsen, tjänsten eller produkten i relation till effekten? På kort respektive lång sikt?

Rådet betraktar denna lista med frågor som en förteckning över aspekter som bör beaktas och som inte ska vägas samman på något mekaniskt sätt. De kan graderas och alltså vara uppfyllda i större eller mindre grad, vilket också försvårar en mekanisk tillämpning, vilket redan framhållits.

De aspekter rådet föreslår här skiljer sig i flera avseenden från de kriterier som föreslagits av t.ex. Per Carlsson och Gustav Tinghög. En del av deras kriterier finns inte med på rådets lista (exempelvis tillräcklig individuell autonomi, efterfrågan, överkomligt pris) och några av kriterierna på rådets lista finns inte med bland deras kriterier (exempelvis lika rätt, vård på lika villkor, dokumentationen och risker).⁴

Dessa aspekter är relaterade till det tidigare diskuterade regelverket för sjukvården. Både hälso- och sjukvårdslagens portal-

⁴ Carlsson och Tinghög 2013.

paragrafer och prioriteringsplattformens principer stöds av, och kan motiveras med hänsyn till, dem.

9.6 Sammanfattande diskussion och slutsatser

Utgångspunkten för den nuvarande svenska hälso- och sjukvårds-ideologin förutsätter en viss tolkning av grundläggande värden som solidaritet och rättvisa. De gemensamma resurserna ska användas för att hjälpa de som har det största behovet, och de som är i mest behov av hjälp utan att man först fastställer den hjälpbehövandes betalningsförmåga och betalningsvilja. De insatser som görs ska bl.a. användas för att försöka utjämna skillnader i (o)hälsa mellan olika socioekonomiska grupper.

Viktigt för att detta system ska fungera är allmänhetens förtroende och tillit. Detta förtroende bygger på att den offentligt finansierade vården erbjuder hälso- och sjukvårdsinsatser av hög kvalitet, liksom att verkningslösa insatser (behandlingar och produkter) utmönstras, så att plats kan beredas för nya, mer effektiva insatser. Om insatser av hög kvalitet på sikt endast kommer att erbjudas i privat finansierad vård, riskerar betalningsviljan till det offentliga systemet att undermineras.

Att köpa sig kortare väntetider i den offentliga vården, i samband med t.ex. operationer eller vid besök på akutmottagningen, är utifrån ett etiskt perspektiv inte godtagbart och strider mot (intentionerna i) gällande regelverk. Även möjligheten att genom finansiering köpa sig till en högre kvalitet inom den offentliga vården är i strid med rådets uppfattning och rådande principer och reglering i Sverige. Även om detta regelverk inte funnits, hade förslagen att införa olika former av medfinansiering stött på betydande etiska problem. Eftersom resurserna när det gäller personal, lokaler, mediciner och pengar är begränsade inom den offentliga hälso- och sjukvården, kommer enbart de som har råd att köpa sig kortare väntetid, bättre eller säkrare vård att få företräde till vården före dem som inte har råd – men som kanske har lika stora eller större behov av sjukvårdens hjälp.

Det är svårt att se hur man skulle kunna skapa praktiskt fungerande styr- eller kontrollmekanismer i vårt hälso- och sjukvårdssystem som förhindrar att en ökad andel med- och egenfinansiering

ökar ojämlikheten inom hälso- och sjukvården. En teoretisk möjlighet kunde vara att öppna för medfinansiering i olika grader, mer eller mindre, kopplade till individers betalningsförmåga. Men hur denna betalningsförmåga skulle fastställas är inte enkelt, och ett sådant system blir med all säkerhet krångligt att utforma och implementera på ett rättssäkert sätt. En omfattande och kostsam byråkrati skulle sannolikt krävas. Ett inkomstbaserat med- och egenfinansieringssystem inom vården skulle dessutom kunna undergräva betalningsviljan till det skattefinansierade gemensamma systemet och öppna upp för en s.k. selektiv välfärd i strid med det generella välfärdssystem vi i dag har i Sverige.

Att kunna köpa sig till en ökad vårdkvalitet inom ramen för den offentliga vården är utifrån ett etiskt perspektiv inte acceptabelt. Att öppna upp för en form av medfinansiering där enbart patienter med goda ekonomiska förutsättningar har möjlighet att köpa en bättre hälso- och sjukvårdsinsats, riskerar att omkullkasta hela den vårdmodell vi har i Sverige med en skattefinansierad offentlig hälso- och sjukvård och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Begränsningar i rådets analys/rapport

Rapporten utgör en avgränsad diskussion med fokus på att problematisera medfinansiering utifrån ett etiskt perspektiv. Rådet har mot bakgrund av tidsramen för rapporten samt budget- och organisationsmässiga begränsningar inte gjort en analys av samtliga möjliga konsekvenser av införande av medfinansiering i hälso- och sjukvården.

Slutsatser

Rådet anser

- att man bör ta ställning om med- och egenfinansiering efter granskning av varje enskild tjänst eller produkt var för sig.
- att medfinansiering i syfte att få/nå en högre vårdkvalitet inte är etiskt godtagbart.

- att den offentligt finansierade hälso- och sjukvården ska erbjuda produkter av tillräckligt hög kvalitet utifrån den enskilda individens behov när insatsen har en tydlig medicinsk nytta.
- att det kan vara försvarligt att erbjuda egenfinansiering till självkostnadspris inom den offentligt finansierade vården i vissa fall. Detta kan gälla enkla insatser som vissa vaccinationer, intyg och enklare ingrepp.
- att de aspekter och etiska utgångspunkter rådet använder i sin diskussion bör kunna användas av huvudmännen som stöd vid överväganden och beslut om med- eller egenfinansiering av vårdtjänst eller produkt.
- att det är angeläget att landstingen går mot en samsyn och harmonisering vad gäller beslut om med- och egenfinansiering av hälso- och sjukvårdsinsatser. Allt för stora skillnader mellan landstingen strider mot kravet på rättvisa och likavårdsprincipen i hälso- och sjukvårdslagen.
- att de kunskapsunderlag som SBU, Socialstyrelsen och TLV genererar är viktiga inför landstingens beslut om med- och egenfinansiering av insatser inom hälso- och sjukvården.
- att en utvidgning av TLV:s uppdrag till att även omfatta medicintekniska produkter är positivt, eftersom detta kan borga för att landstingen har ett mer gediget beslutsunderlag inför ställningstaganden om huruvida den medicintekniska produkten bör erbjudas inom den offentligt finansierade vården eller inte.

Referenser

- All, Monica. *HRF svartmålar systemet med hörselcheckar*. 26 november 2014, Dagens Samhälle.
- Anell Anders. *Vilken ojämlikhet är mest rättvis? Patientinflytande och egenavgifter i svensk vård*. Uppdrag Välfärd, Entreprenörskapsforum, Fores och Leading Health Care, 2014.
- Agerberg, Miki. *NPM var en syndabock ingen hade hört talas om*. Läkartidningen. 2014; 111: CWAU.
- Axelsson, Ewa. *Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård*. Iustus, 2011.
- Bergman, Sven Eric. *Bilaga 4 Framtida finansiering av vård och Omsorg*, Framtidens högkostnadsskydd i vården. SOU 2012:2.
- Bohlin, A. *Kommunalrättens grunder*. Norstedts Juridik, 2011.
- Carlsson, Per och Tinghög, Gustav. *Läkemedel. När är det rimligt att betala själv?* SNS Förlag 2013.
- Centrum för Folkhälsa. *Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län*, 2007.
- Det Ethiske Råd. *Etik og prioritering i sundhetsvaesendet – hvorfor det er så svært*, 2013.
- Daniels Norman. *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- Daniels, Norman, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
- Engström, Ingemar. *NPM- en av de viktigaste frågorna*. Läkartidningen. 2014:111:CPE9.
- Fisher David I. *Mänskliga rättigheter – En introduktion*, 2003. Stockholm: Norstedts Juridik.

- Forman, L och Bomze S. *International Human Rights Law and the Right to Health: An Overview of Legal Standards and Accountability Mechanisms*. Backman Gunilla Ed. The right to Health. Theory and Practice. Lund: Student litteratur, 2012.
- Folkhälsomyndigheten. *Folkhälsan i Sverige*. Årsrapport, 2014.
- Folkhälsomyndigheten. *Vaccination mot TBE*. 2014.
- Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting. *Öppna jämförelser folkhälsa*, 2014.
- Hartlev, Mette, *The raison d'être of Nordic Health Law*. Rynning, E och Hartlev, M (eds) Nordic Health Law in a European Context. Malmö: Liber, 2012.
- Hermerén Göran. *Kunskapens pris*. Stockholm: HSFR och Swedish Science Press, 2 uppl 1996.
- Hermerén Göran. *Prioriteringar: val och värden i vården*. Vetenskapssocieteten Årsbok. Lund: Vetenskapssocieteten i Lund, 2014.
- Hörselskadades Riksförbund. *Myternas marknad. Svensk hörselvård – från behov till business*, 2014.
- Hörselskadades Riksförbund. *Hörselskadade och hörselvård i siffror. Årsrapport 2014*.
- Iversen, Tor. *Vägval i vården. ESO-rapport om skillnader och likheter i Norden*. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. 2011:7.
- Jämtlands läns landsting. Svar på motion (LS/1420/2012) i ärendet 2013-03-11.
- Landstinget Sörmland, Länssjukvårdsnämnden. Protokoll 2013-02-27, DNR LSN-HSF13-0969.
- Lindgren, Peter. *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter och rekommendationer*. Stockholm: SNS Förlag, 2014.
- Melin, Anders. *Etiska riktlinjer och principer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård – en internationell översikt*. Prioriteringscentrums rapportserie, 2007.
- Mossialos, E and Dixon, A. *Funding health care in Europe: weighing up the options*. I Mossialos et al. 2002. Funding health care: Options for Europe. Guliford and King Lynn: Open University.
- Nationella kvalitetsregistret, Årsrapport 2012. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

- NOMESKO, Nordisk Medicinalstatistik. *Hälso- och sjukvårdens finansiering i Norden*. Nordisk Medicinalstatistik Komité, 2013.
- NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. 2014-11-12.
- Nyberg Sander Susanne, *Viktig värna om fritt val av hörapparat*. 13 oktober 2014, Dagens Samhälle.
- OECD Health Data (2011).
- OECD Health Statistics (2014).
- Sahlin N-E, Persson J, Vareman N. Unruhe und Ungewissheit: Stem Cells and Risks. I: K. Hug och G. Hermerén (eds). *Translational Stem Cell Research. Issues Beyond the Debate on the Moral Status of the Human Embryo*. New York: Springer/Humana Press, 2011.
- Sandman, Lars och Gustav Tinghög. *Multikriterieanalyser vid prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Prioriteringscentrums rapportserie, 2013.
- Schäfer, W et al. *The Netherlands – Health system review*. Health Systems in Transition. Vol 12.No 1. Nivel. 2010.
- Smit R. Cost-effectiveness of tick-borne encephalitis vaccination in Slovenian adults. *Vaccine* 2012;30:6301-6.
- Socialstyrelsen. *Nationella indikationer för God Vård*. Rapport, 2009.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU. SBU:s upplysningstjänst. *Minskar möjligheten för en framgångsrik IVF-behandling med antal behandlingsförsök?* 30 oktober 2012.
- Statens medicinsk-etiska råd. *Assisterad befruktning – etiska aspekter*. Stockholm: Fritzes. 2013.
- Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*, 2010.
www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. Gul rapport. *Svår-läkta sår hos äldre – prevention och behandling*, 2014.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU:s upplysningstjänst. *Minskar möjligheten för en framgångsrik IVF-behandling med antal behandlingsförsök?* 30 oktober 2012.

- Statens medicinsk-etiska råd. *Remissyttrande - Socialdepartementet över förslag till omskärelse av pojkar (Ds 2000:5)*, 2001.
- Stockholms läns landsting. Hälso- och sjukvårdsnämnden. *Tjänsteutlåtande. Betalning för multifokala linser vid starroperation*. 2007-03-07. HSN 0703-0211.
- Stockholms läns landsting. PM 2006-11-09, Landstingsjurist Robert Larsson. *Fråga om privat betalning av merkostnader vid insättning av multifokala linser i samband med operation av grå starr*.
- Stockholms läns landsting. Landstingsfullmäktige. Utdragprotokoll. 2007-10-09. § 238 *Betalning för multifokala linser vid starroperationer* (förslag 71) LS 0705-0541.
- Sundstrand, Andrea. *Offentlig upphandling – LOU och LUF*. Studentlitteratur, 2010.
- Svensk försäkring. *Vård- och omsorgssystemens utformning och finansiering – en internationell utblick*. Svensk Försäkrings rapportserie. Vår framtida välfärd, Del 3. 2013.
- Sveriges Kommuner och Landsting. *Framtidens Programberedningen för välfärdens utveckling utmaning: välfärdens långsiktiga finansiering*, 2010.
- Sveriges Kommuner och Landsting. *Köp av verksamhet – kommuner, landsting och regioner 2006–2013*. 2014.
- Tuohy et al 2004. *How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshalling the Evidence from OECD Nations*. Journal of Health Politics, Policy and Law. 2004 29:3:359–396.
- Vågerö, Denny. *En folkhälsopolitisk kardinalfråga: Ökade sociala skillnader under fyra decennier*. Socialmedicinsk tidskrift 4/2011.
- World Health Organization. *Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO consultative group on equity and universal health coverage*, 2014.
- Westander, Fredrik. *Ökad privatfinansiering i hälso- och sjukvården. Rapport inom projektet Välfärdens framtida finansiering*. Arena Idé, 2011.
- Zaremba, Maciej. *Patientens pris. En reportagebok om den svenska sjukvården och marknaden*. Stockholm: Weyler bokförlag, 2013.

Offentligt tryck

- Betänkande 1996/97: SoU14. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialutskottet.
- Departementspromemoria. 2014:42. Kostnadsfria läkemedel för barn. Stockholm: Fritzes.
- Direktiv 2011:61. *Översyn av avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, läkemedel, äldre- och handikappomsorg m.m.* Stockholm: Socialdepartementet.
- Proposition 1990/91:117. *Ny kommunallag.* Stockholm: Civildepartementet.
- Proposition 1993/94:117. *Inkorporering av Europakonventionen och andra fri- och rättighetsfrågor.* Stockholm: Justitiedepartementet.
- Proposition 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.* Stockholm: Socialdepartementet.
- Proposition 2006/07:52. *Driftsformer för sjukhus.* Stockholm: Socialdepartementet.
- Proposition 2008/09:29. *Lag om valfrihetssystem.* Stockholm: Socialdepartementet.
- Proposition 2013/14:67. *Mer inflytande för den enskilde i valet av hjälpmedel.* Stockholm: Socialdepartementet.
- Proposition 2013/14:106. *Patientlag.* Stockholm: Socialdepartementet.
- Regeringens proposition 2014/15:1. Budgetproposition 2015. Stockholm: Finansdepartementet.
- SOU 1995:5. *Prioriteringsutredningen. Vårdens svåra val.* Stockholm: Fritzes.
- SOU 2010:70. *Slutbetänkande av Delegationen för mänskliga rättigheter i Sverige. Ny struktur för skydd av mänskliga rättigheter.* Stockholm: Fritzes.
- SOU 2011:48. *Utredningen om papperslösa mfl. Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet.* Stockholm: Fritzes.
- SOU 2012:2. *Vårdavgiftsutredningen. Framtidens högkostnadsskydd i vården.* Stockholm: Fritzes.
- SOU 2014:19. *Långtidsutredningen 2003/2004.* Stockholm: Fritzes.
- SOU 2008:108. *Långtidsutredningen 2008.* Stockholm: Fritzes.

Elektroniska källor

- British Medical Association. *Medical Ethics Today – The BMA’s Handbook of Ethics and Law*. 3rd edition, 2012
onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781444355666
(Hämtad: 2014-11-07)
- Dagens Nyheter. *Läkare varnar för riskerna*. 2014-01-20.
www.dn.se/nyheter/sverige/lakare-varnar-for-riskerna/
(Hämtad: 2014-11-02)
- Helse- og omsorgsdepartementet. *Prioritering på ny (NOU 1997:18)*.
www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-18.html?id=140956 (Hämtad 2014-11-02)
- Hjälpmiddelsinstitutet. *Hjälpmedel på lika villkor. Kartläggning av landstingens och regionernas tillhandahållande av hjälpmedel*.
www.hi.se/Global/dokument/publikationer/2012/12348-pdf-hjalpmedel-pa-lika-villkor.pdf (Hämtad 2014-11-02)
- Landstinget Sörmland, Landstingsstyrelsen. Protokoll 2013-05-28, § 80/13 Hälsoekonomisk analys av allmän TBE-vaccinering invånarna i Sörmland. www.landstingetsormland.se/PageFiles/37761/§%2080%20Hälsoekonomisk%20analys%20av%20allmän%20TBE-vaccinering%20av%20invånarna%20i%20Sörmland.pdf (Hämtad 2014-11-02).
- National Institut for Health and Care Excellence. NICE, *Meeting legal requirements*. 2010-08-13. www.nice.nhs.uk/usingguidance/benefitsofimplementation/meetinglegalrequirements/meeting_legal_requirements.jsp (Hämtad 2014-12-30)
- NHS Constitution for England, 2013. www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england
(Hämtad 2014-12-30)
- Pressemelding, Regjeringen oppnevner prioriteringsutvalg, 21.06.2013 Nr.: 24/2013, Publisert under: Regjeringen Stoltenberg II, Helse- og omsorgsdepartementet.
www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2013/regjeringen-oppnevner-prioriteringsutval.html?id=731235
(Hämtad 2014-11-02)
- RCC i Samverkan, www.janusinfo.se/Nationellt-inforande-av-nya-lakemedel/Nationellt-inforande-av-nya-lakemedel/

- Stockholms läns landsting. Vårdgivarguiden. *Ögonsjukvård, specialiserad inkl katarakt – rapporteringsanvisningar 2014*.
www.vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/Rapportera/Rapporteringsanvisningar-per-vardomrade/Vardval-Stockholm-rapporteringsanvisningar/Ogonsjukvard-spec-katarakt---rapporteringsanv-2014/ (Hämtad 2014-11-03).
- Stockholms läns landsting, Vårdguiden. *Patientavgifter*.
www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Patientavgifter/ (Hämtad 2014-11-02).
- Stockholms läns landsting, Vårdguiden. *Vad kostar läkemedel på recept?* www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Vad-kostar-lakemedel-pa-recept/#section-1 (Hämtad 2014-11-02)
- Svenska Kommunal Pensionärernas Förbund, SKPF. *Två av tre kan tänka sig högre skatt för god välfärd*. Publicerad 2014-08-29.
[www.skpf.se/nyheter/forbundsnyheter/tva-av-tre-kan-tank-a-sig-hogre-skatt-for-god-valfa/](http://www.skpf.se/nyheter/forbundsnyheter/tva-av-tre-kan-tank-a-sig-hogre-skatt-for-god-valfard/) (Hämtad 2014-08-29).
- TataaBiocenter. Nyhetsmeddelande. *Nytt helt riskfritt test introduceras i Sverige*. www.tataa.com/fostertest-riskfritt-och-tillforlitligt/ (Hämtad 2014-11-02).
- The Government of Netherlands. *Health insurance*.
www.government.nl/issues/health-insurance (Hämtad 2014-11-02).
- TLV:s regelverk www.tlv.se/tlv/regelverk/ (Hämtad 2014-11-02).
- Unilabs samarbetar med BB Stockholm Family
www.unilabs.se/SE/company/news/Pages/Unilabs-samarbetar-med-BB-Family-i-Stockholm.aspx (Hämtad 2014-11-02).
- UNT.se. *Ojämlig tillgång till fosterdiagnostik*. 14-07-10.
www.unt.se/uppland/uppsala/ojamlik-tillgang-till-fosterdiagnostik-3241364.aspx (Hämtad 2014-12-18).
- World Health Organization. *Global Health Observatory Data Repository, Sweden statistics summary (2002 – present.)*
apps.who.int/gho/data/node.country.country-SWE?lang=en (Hämtad 2014-12-28)
- Ögonläkargruppen Odenplan. *Vill du bli glasögonfri efter gråstarrs operation?* www2.praktikertjanst.se/6/Ogonlakargruppen-odenplan/Behandlingar/grastarr-katarakt/Glasogonfri-efter-grastarrsoperation/ (Hämtad 2014-09-11).

Reservation

Reservation av Helena Bouveng (m)

Frågan om med- och egenfinansiering inom ramen för den offentligt finansierade vården väcker etiska frågor. Rådets rapport ger en bra överblick över de värdekonflikter och problem som kan uppstå. Jag delar dock inte majoritetens samtliga överväganden och ställningstaganden varför jag reserverar mig enligt följande:

Medfinansiering i syfte att nå/få en bättre vårdkvalitet kan vara etiskt godtagbart

Jag reserverar mig främst mot rådets huvudställningstagande ”att medfinansiering i syfte att nå/få en högre vårdkvalitet inte är etiskt godtagbart.” Rådet menar att det finns fler argument som talar emot än som talar för. Jag gör en annan vägning av argumenten. Jag anser att vissa former av medfinansiering av hälso- och sjukvårdsinsatser kan vara etiskt godtagbara, även de som ger en bättre medicinsk effekt. För mig väger patientens möjlighet att själv få välja i en behandlingssituation och eventuellt bättre, tyngre än argumenten mot som skisseras i rapporten. Därmed inte sagt att alla former av medfinansiering inom hälso- och sjukvården är etiskt godtagbara. Jag delar således delvis rådets argumentation. Varje form av hälso- och sjukvårdsinsats måste bedömas var för sig. Jag står fullt bakom beslutsstödet, dvs. aspekter att beakta inför beslut om med- och egenfinansiering i vården.

Exempel på med- och egenfinansiering

Rådet analyserar i rapporten ett antal exempel på med och egenfinansiering. Jag delar majoritetens överväganden vad gäller exemplen rörande egenfinansiering, men delar inte majoritetens överväganden och ställningstaganden vad gäller speciallinser och hörapparater.

Enligt min uppfattning bör det vara möjligt att till medfinansiering kunna välja en speciallins i samband med gråstarrsoperation, likaså välja en hörapparat utanför landstingens sortiment och om summan överstiger ”hörapparatschecken” får patienten betala mellanskillnaden.

Eventuella problem och konsekvenser som kan uppstå vid denna form av erbjudande såsom rådet skisserar i rapporten kan avhjälpas genom ett tydligt regelverk, och avtal mellan landstingen och de privata utförarna. Patientens självbestämmande och vilja väger i dessa fall tyngre än argumentet att det strider mot principen om att alla bör behandlas lika.

Patienten ska inom ramen för den offentliga vården erbjudas en hörapparat som motsvarar hennes behov. Men om patienten av andra skäl vill kunna köpa sig till något annat, eventuellt bättre, bör hon ha denna möjlighet.

Vad gäller speciallinser bör patienten ha möjlighet att till medfinansiering lägga till för att få en speciallins i samband med gråstarrsoperation. Glasögon och synkorrigering ligger idag utanför det offentliga åttagandet. Att patienten i samband med gråstarrsoperation kan passa på att även sätta in en lins som korrigerar för brytningsfel är rimligt. Att säga nej till detta mot bakgrund av att det strider mot likarättstolkningen av människovärdesprincipen, är enligt min mening en allt för stelbent tolkning.

Vad gäller de övriga exemplen på medfinansiering, att köpa sig till ett eget rum eller bättre mat vid sjukhusvistelse finner jag, liksom rådets majoritet, det vara etiskt oacceptabelt.

Förteckning över hörda experter

Förteckning över externa experter och landstingsföreträdare som rådet hört under arbetet med denna rapport. Experterna angivna nedan har hållit föredragningar vid interna rådssammanträden eller arbetsgruppsmöten alternativt bidragit med expertutlåtande.

Johan Bartholf, politisk sekreterare, Landstinget i Sörmland

Thomas af Bjur, landstingsråd, Landstinget i Sörmland

Per Carlsson, avdelningschef, professor hälsoekonomi, Prioriteringscentrum Linköping

Anders Ekholm, vice vd Institutet för framtidsstudier, fd. analyschef Socialdepartementet

Vivianne Emanuelsson, ombudsman, Synskadades Riksförbund

Marie-Louise Forsberg-Fransson, landstingsråd, Landstinget Örebro

Mia Frisk, landstingsråd, Jönköpings läns landsting

Lotta Lerwall, docent offentlig rätt, Uppsala universitet

Pål Resare, jurist, Sveriges Kommuner och Landsting

Olle Olsson, projektledare Sveriges Kommuner och Landsting

Jan-Peter Strömgren, förbundsordförande, Hörselskadades Riksförbund