

Vägval för välfärden

En antologi om finansieringsgap,
prioriteringar och försäkring som
kompletterande lösning



Förord

I Sverige finns det ett brett stöd för en till stor del offentligt finansierad välfärd. Välfärd ska komma alla till del oavsett sociala eller ekonomiska förutsättningar. För detta krävs att beslutsfattarna skapar lösningar för sjukvårds- och äldreomsorgssystemen som är långsiktigt hållbara och samhällsekonomiskt effektiva. Det måste bli tydligt på den politiska agendan att detta arbete inte bara gäller dagens välfärd utan även morgondagens.

Vi står inför stora utmaningar när det gäller tillhandahållande och finansiering av välfärdstjänsterna i framtiden. Det behövs därför en bred diskussion och ett nytänkande för att skapa insikt om behov, förväntningar och möjliga lösningar. Frågor som behöver besvaras är:

- Vilka krav kommer att ställas på hälso- och sjukvård samt äldreomsorg i framtiden?
- I vilken utsträckning kommer individers behov att kunna tillgodoses inom ramen för offentligt finansierad vård och omsorg i framtiden?
- Bortprioriteringar görs redan i dag inom vården och omsorgen. Hur kan prioriteringarna komma att se ut i framtiden?
- Vilka alternativa finansieringslösningar finns för att klara framtidens välfärd?

Med tanke på försäkringsbranschens funktion – att ge individer trygghet mot olika risker – vill vi vara med och bidra till välfärdsarbetet. Vår förhoppning är att denna antologi, vår fjärde rapport i serien Vår framtida välfärd, ska bidra till ökad kunskap och till en mer öppen och konstruktiv diskussion om hur vi klarar framtidens välfärd.

Stockholm i februari 2014

Kristina Ström Olsson, nationalekonom på Svensk Försäkring

Tidigare publicerade delar i rapportserien Vår framtida välfärd:
Del 1 Välfärdstjänsterna i framtiden – behov och förväntningar
Del 2 Välfärdstjänsterna i dag och det offentliga åtagandet
Del 3 Vård- och omsorgssystemens utformning och finansiering
– en internationell utblick

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|-----------|
| FÖRORD | 3 |
| 1. INLEDNING | 5 |
| 2. VÄGVAL FÖR SJUKVÅRDENS FINANSIERING | 9 |
| Har vi råd med framtidens sjukvård? | 10 |
| De svåra frågorna – prioritera eller betala i andra former | 16 |
| Vilka är alternativen? | 18 |
| Prioritering - avgränsning av det offentliga åtagandet | 28 |
| 3. ÖPPNA PRIORITERINGAR INOM VÅR - VAR STÅR VI IDAG OCH HUR SKA VI KOMMA VIDARE? | 31 |
| Angeläget men svårt att prioritera | 32 |
| Så arbetar myndigheter, landsting och kommuner med prioriteringar i dag | 36 |
| Information och principer kräver medveten organisering | 40 |
| Förtydliganden av den etiska plattformen kan underlätta | 46 |
| Vem som ska medverka i prioriteringsarbetet bör klaras ut | 52 |
| De som bör ta ledningen | 54 |
| 4. HAR FÖRSÄKRING EN ÖKAD ROLL I FRAMTIDENS VÄLFÄRD? | 63 |
| Är välfärden tillräckligt finansierad i dag? | 63 |
| Ojämligheter inom dagens vård och omsorg | 66 |
| Tydligare prioriteringar för att bibehålla legitimiteten | 67 |
| Allmänhetens syn på välfärdsutmaningarna | 68 |
| Skatthöjningar, egenavgifter eller försäkringslösningar? | 76 |
| Sjukvårdsförsäkring som en av lösningarna | 77 |
| Samverkan för en effektivare vård och bättre medborgarhälsa | 83 |
| 5. SLUTORD | 89 |

1. Inledning

Denna rapport tar sin utgångspunkt i frågeställningar som är viktiga för att upprätthålla en god välfärd till alla. De svenska välfärdssystemen står inför stora utmaningar när det gäller tillgång till och finansiering av hälso- och sjukvård samt äldreomsorg i framtiden. Viktiga förklaringar till detta är en kombination av allt fler äldre som är i behov av vård och omsorg och att andelen äldre ökar i förhållande till de i yrkesverksam ålder, vilket ökar försörjningsbördan. Därtill innebär den medicinteknologiska utvecklingen nya vårdmöjligheter men också ökade kostnader. Det är hög tid att systemen förbereds för att kunna hantera dessa utmaningar. Välfärdsarbetet behöver dels fokusera på hur kvalitet, effektivitet och resultat i utförandet kan få en mer central roll, dels på de möjliga lösningar som finns för att klara en långsiktigt hållbar välfärd.

Vi menar att det är dags att beslutsfattare och andra centrala aktörer blir mer konkreta i diskussionen om hur vi klarar vår framtida gemensamma välfärd. Rapporten har som syfte att öka kunskaperna om

- välfärdsutmaningarna,
- möjliga lösningar,
- varför prioriteringsarbetet är viktigt och centralt samt
- kompletterande försäkringslösningar och vilken roll de kan komma att fylla.

Välfärdssystemen behöver utvecklas i flera avseenden. Genom att arbeta mot bättre organisation, styrning och ledning som ökar effektiviteten i systemen kan högre kvalitet i vården och omsorgen uppnås. Kvaliteten kan också främjas genom en genomtänkt och likvärdig uppföljning, utvärdering och tillsyn. Ersättningsystem, det vill säga formen för ersättning till utförare av vård och omsorg, som skapar rättvänder drivkrafter hos utförarna är ett bra verktyg för kvalitet. Ytterligare ett exempel är att personalförsörjning och kompetensutveckling behöver säkras hos utförarna.

Det behövs mer resurser till såväl hälso- och sjukvård som till äldreomsorg om välfärdsåtagandet ska kunna uppfyllas framöver. Till skillnad från tidigare perioder med ökad försörjningsbörda har vi inte längre så många ”hinkar att ösa ur” för att öka statens inkomster eller för att minska dess utgifter. Sverige har i dag i ett internationellt perspektiv en hög andel förvärvsaktiva kvinnor vilket har bidragit till ökad tillväxt. Därtill skedde stora neddragningar inom den offentliga sektorn under 1990-talet, vilket då gav besparingar i de offentliga finanserna. Även budgetdisciplinen blev betydligt stramare i kölvattnet av den ekonomiska krisen i början av 90-talet. Bland annat till följd av detta har pressen på anhöriga ökat. Det är emellertid svårt, och kanske inte heller önskvärt, att föra över mer vård- och omsorgsansvar på anhöriga.

För att rätt vård ska ges till rätt patient med rätt mängd resurser behöver de etiska principerna för prioriteringar vara tydliga och efterföljas av landstingen. Det kräver att det offentliga åtagandet får en tydligare avgränsning än i dag. Prioriteringar av vård behöver bli öppnare och mer enhetliga över landet. En tydligare prioritering inom sjukvården skapar bättre förutsägbarhet och är en förutsättning för att individer ska veta vad de kan förvänta sig om de råkar ut för en olycka eller blir sjuka. Det är också en förutsättning för att professionen ska ha mandat att vara tydliga i sina beslut om behandling eller inte för en patient/brukare.

Om de prioriteringar som görs inom landstingen inte blir mer enhetliga och transparenta riskerar dagens system att urholka den gemensamma välfärden och leda till ett tudelat samhälle där enbart de individer som har sociala och ekonomiska förutsättningar kan se till att de får tillgång till den vård eller omsorg de behöver. Sveriges Television (SVT) har nyligen i flera nyhetsinslag uppmärksammat hur cancersjuka tvingats vidta alternativa åtgärder för att få vård i tid.¹ Det vittnar om att problemet med otydliga prioriteringar redan är ett faktum. Det blir inte bara svårt för medborgarna att förbereda sig på att ta ansvar, utan försvårar också att upprätthålla legitimiteten för hela välfärdssystemet.

¹ Nyhetsinslag i SVT:s Aktuellt den 21 januari och i Debatt den 23 januari 2014. De olika åtgärder som hade vidtagits var att tjata sig fram i vården, betala en stor summa ur egen ficka eller få hjälp via sjukvårdsförsäkringen.

Attitydundersökningar visar att medborgarna tror att det egna ansvaret kommer att öka. En tydlig spelplan för vad det offentliga åtagandet innehåller och vad som behöver tas om hand därutöver blir då ännu viktigare. En slutsats som kan dras är att om de samlade resurserna kanaliseras för att möta individers behov av vård och omsorg kan vi klara välfärden.

För att bidra till och bredda diskussionen kring den viktiga frågan om vården, omsorgen och dess finansiering i framtiden har vi tagit hjälp av en rad personer för att konkretisera några av de faktorer som är viktiga för vår framtida välfärd: finansieringsgap och gränsen för det offentliga åtagandet, prioriteringar inom vård och omsorg samt försäkrings roll som kompletterande finansieringslösning.²

Kapitel 2, *Vägval för sjukvårdens finansiering*, är skrivet av Stefan Ackerby som är biträdande chefekonom på Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Kapitlet behandlar välfärdens finansieringsutmaning – finansieringsgapet – och vilka lösningar som finns att tillgå för att klara välfärden i framtiden. Ackerby beskriver hur en avgränsning av det offentliga åtagandet skulle kunna se ut för att möjliggöra för den enskilde, arbetsgivare och samhälle att ta långsiktigt hållbara beslut om vård och omsorg. Han tittar bland annat på vilka alternativ som skulle kunna komplettera skattefinansieringen och vad som kan vara försäkringsbart.

Kapitel 3, *Öppna prioriteringar inom vård och omsorg – var står vi i dag och hur ska vi komma vidare?*, är skrivet av Per Carlsson, Peter Garpenby, Ann-Charlotte Nedlund och Lars Sandman som samtliga är verksamma på Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet. De beskriver det prioriteringsarbete som pågår inom landstingsvården och kommunens äldreomsorg och hur den nödvändiga prioriteringsprocessen kan utvecklas. Forskarna för också ett resonemang om vad samhället skulle kunna vinna på tydligare och mer enhetliga prioriteringar.

² En mer utförlig presentation av författarna görs i inledningen av respektive kapitel. Författarna svarar själva för innehållet i rapporten.

Kapitel 4, *Har Försäkring en ökad roll i framtidens välfärd?*, är skrivet av Kristina Ström Olsson, nationalekonom på Svensk Försäkring. Kapitlet behandlar förutsättningarna för framtidens välfärd, vikten av ett tydliggörande av det offentliga åtagandet samt vilken roll försäkring kan spela på vård- och omsorgsområdet i framtiden. Medborgarnas syn på välfärden i framtiden lyfts genom att resultat från olika attitydundersökningar redovisas. Där besvaras bland annat frågor kring hur medborgarna ser på finansieringen av det ökade kostnadstryck vi står inför.

2. Vägval för sjukvårdens finansiering

Författare till detta kapitel är Stefan Ackerby, biträdande chefekonom på Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Inledning

För det mesta kan vi räkna med att tillvaron är ganska förutsägbar. Morgondagen blir ofta ungefär som gårdagen. Men det finns alltid ett mått av osäkerhet som gör att tillvaron ibland förändras – alltifrån att bilen blir stulen, en brand i bostaden, en skada i en trafikolycka till att inkomsten faller bort vid arbetslöshet eller sjukdom. Försäkringar, vare sig dessa tar formen av privat försäkring eller offentlig socialförsäkring, bidrar till välfärden genom att underlätta för oss att hantera sådana händelser.

Det är naturligtvis mycket som skiljer landstingen från ett försäkringsbolag. Men det finns gemensamma drag. Även landstingen hanterar risker, nämligen risken att invånare kan behöva en kostsam vårdinsats. Vi blir försäkringstagare redan vid födseln (eller vid invandringen). Vi betalar en premie som är relaterad till vår inkomst (landstingsskatt) istället för beräknat vårdbehov. Vi är, när vi behöver det, utlovade förmåner i form av kraftigt subventionerad sjukvård. ”Försäkringsvillkoren” bestäms av demokratiskt valda församlingar på olika nivåer även om de inte alltid är så tydliga.

Som i alla försäkringar är det förvissningen om att få ersättning när det behövs som är försäkringstjänsten. Uppstår ett berättigat eller oberättigat tvivel om detta förtas försäkringens bidrag till välfärden. På motsvarande sätt kan en osäkerhet om kommuner och landsting på sikt komma att klara av att finansiera sina åtaganden leda till betydande välfärdsförluster och orättvisor. Behöver vi teckna ett kompletterande försäkringsskydd för att vara säkra på att få god vård? Hur blir det i så fall med dem som inte har råd med extra försäkring eller inte inser att den behövs?

Syftet med detta bidrag till Svensk Försäkrings antologi är för det första att försöka beskriva hur de framtida förutsättningarna ser ut för att finansiera den offentliga sjukvården, för det andra att diskutera vilka alternativ som står till buds om skatterna inte kan höjas i tillräcklig omfattning för att möta vårdbehoven samt för det tredje att beröra möjligheterna att precisera och avgränsa innehållet i den offentliga vården.

Har vi råd med framtidens sjukvård?

13 kronors kommunalskattehöjning?

På senare tid har flera skrifter uppmärksammat att dagens välfärdsmodell kommer att utsättas för påfrestningar när befolkningen åldras och medborgarnas krav växer. Med skriften *Framtidens utmaning* försökte SKL för några år sedan väcka debatt om hur vi skall möta denna utveckling. Nu blev det inte så mycket debatt. Men en siffra från rapporten bet sig fast i det allmänna medvetandet och upprepas ofta i debatten, nämligen att det kommer att krävas 13 kronors höjning av kommunalskatten, varav cirka 5 kronor för landstingen, fram till 2035 för att kommuner och landsting skall klara sina samlade åtaganden. Närmare bestämt var det resultatet av en enkel kalkyl som byggde på förutsättningen att kommunernas och landstingens resurser fram till 2035, utöver vad som följer av demografins krav, skulle växa i samma takt som de gjort de senaste 25 åren. I kombination med rimliga antaganden om den samhällsekonomiska utvecklingen och statsbidragen skulle detta kräva denna till synes orimliga kommunalskattehöjning.

Långsiktscalkyler är alltid vanskliga. Inte minst spelar det stor roll var kalkylerna startar. *Framtidens utmaning* skrevs i kölvattnet på finanskrisen då prognoserna för de närmaste åren var mörka. Nu blev utvecklingen efter 2009 bättre än förutsett vad gäller bland annat sysselsättning och offentliga finanser. Om samma kalkyl skulle göras om från dagens utgångsläge skulle resultatet bli ett mindre, men inte försumbart, krav på kommunalskattehöjningar. Å andra sidan kan det komma nya kriser som åter förändrar förutsättningarna.

Men det finns ett långsiktigt grundproblem: en utveckling av de offentliga välfärdsåtagandena på det sätt vi är vana vid kommer att kräva ökade resurser och finansieringen av dessa resurser kommer att kräva en växande andel av våra samlade inkomster. Frågan är i vilka former detta skall ske.

Utmaningen för välfärdens finansiering brukar formuleras som att behovet av resurser inom välfärdssektorn växer mer än vad som är möjligt att finansiera inom ramen för dagens finansieringsformer, det vill säga oförändrade skatter. Enligt min mening kan detta sätt att formulera problemet leda tanken fel. Det framstår som en obönhörlig process som inte ger utrymme för politiska val och värderingsmässiga överväganden. Men framtiden för välfärdssystemen kommer precis som i historien vara resultatet av sådana vägval både vad gäller innehåll och finansiering.

Demografien ett mindre problem än många tror

Konsumtionen av vård och omsorg är åldersberoende och en växande andel äldre i befolkningen bör då betyda ökade behov. Utmaningen med välfärdens finansiering beskrivs ofta som ett rent demografiskt problem. Det gör den till en svårhanterlig utmaning. För det är ju rimligt att framtida generationer av äldre bör kunna få samma kvalitet på vård och omsorg som dagens. För att klara detta löfte måste de yngre och antalsmässigt mindre generationerna skattebetalare betala mer, kanske mer än vad som motsvarar den standard de själva kan räkna med som gamla.

Men demografins roll överdrivs ofta. Det är inte demografien som är den avgörande faktorn för de framtida resursbehoven. Den faktiska kostnadsutvecklingen för sjukvård har historiskt haft ett mycket svagt samband med befolkningens förändrade ålderssammansättning. En enkel demografisk kalkyl där kostnaden per invånare antas vara oförändrad för varje åldersgrupp resulterar i ett demografiskt kostnadstryck på cirka 1 procent per år de närmaste åren som sedan sjunker till ½ procent per år. Större delen är en effekt av att Sveriges totala befolkning växer, medan den växande andelen äldre ger ett kostnadstryck på cirka ¼ procent per år.

Sambandet mellan å ena sidan ålder och å andra sidan behov av vård och omsorg är komplicerat. Många indikatorer visar att de äldres hälsa gradvis förbättras, vilket skulle tala för ett mindre vårdbehov vid en given ålder. Den enkla demografiska kalkylen skulle därmed överskatta vårdbehoven.³ Men det kan också vara så att vi blir äldre och i viss utsträckning friskare just tack vare framsteg inom vård och omsorg. Möjligheterna att överleva svåra sjukdomar eller leva ett bra liv med kroniska sjukdomar ökar. Detta skulle snarare tala för att resursbehoven blir större än den enkla kalkylen.

Det har gjorts flera analyser av vilka faktorer som driver kostnadsutvecklingen inom sjukvården. Såväl jämförelser mellan länder som analyser av utvecklingen över tid visar att demografin väger tämligen lätt. En sammanfattande studie⁴ drog slutsatsen:

”Även om olika studier ger olika resultat på grund av skilda metoder och data, är den allmänna slutsatsen att åldrandet som sådant bara kommer att orsaka en måttlig ökning i framtida sjukvårdskostnaderna per capita.”

Vad analyserna visar är att det istället är den allmänna inkomstutvecklingen (BNP) som i hög grad avgör hur mycket resurser sjukvården har att förfoga över. En prognos av framtida BNP-tillväxt säger mer om framtida sjukvårdskostnader än befolkningsprognosen. Därjämte spelar vårdens möjligheter roll. Det vi uppfattar som vårdbehov är föränderligt; ökar vårdens möjligheter att bota en sjukdom medför detta också ett större vårdbehov. När den allmänna standarden stiger kommer detta så småningom att slå igenom i krav på bättre vård och omsorg och att vårdens möjligheter skall utnyttjas. Även om behovet av vård i det enskilda fallet är förankrat i professionens bedömning är denna bedöm-

³ Många har pekat på att det är fel att bedöma vårdbehov utifrån ålder, dvs. hur gamla vi är. Istället menar man att den återstående förväntade livslängden säger mer om vårdbehoven. En kalkyl baserad på detta antagande visar en mindre tillväxt av resursbehoven, eftersom den del av ett växande antal äldre som beror på att vi lever längre inte förutsätts påverka vårdbehoven.

⁴ Christiansen, T., Lauridsen, J. and Bech, M. *Ageing populations: More Care or Just Later Care?* Nordie Economic Review 2/2012.

ning i längden relativ och innebörden anpassas till standardutvecklingen i samhället.

Det är samma lagar som styr sjukvården som andra tjänster. Hur mycket vi efterfrågar eller känner behov av beror på vad vi har råd med och vad vi får för pengarna. Det kan formuleras som att vi får den sjukvård det finns utrymme för.

Med stigande välstånd vill vi använda en del av denna välståndsökning till att förbättra sjukvården och ta del av de medicinska framsteg som görs. Historiskt har detta inneburit en växande andel av inkomsterna. Sverige var länge ett undantag med sjukvårdskostnader som motsvarade en närmast konstant andel av BNP. I de flesta andra rika länder har sjukvårdens andel av BNP ökat. Detta målas ofta upp som ett problem, en utveckling som måste bromsas. Men det kan istället vara ett uttryck för de prioriteringar vi gör.

Priserna stiger

Vård och omsorg lider av det den amerikanske ekonomen William Baumol kallat för kostnadssjukan. Innebörden är att i en del verksamheter är förutsättningarna sådana att det är svårt att öka produktiviteten. Samtidigt kan löneutveckling eller kapitalersättning inte skilja sig i motsvarande grad mellan olika verksamheter. Därför stiger priset på dessa tjänster i förhållande till priset på annat. Till dessa branscher räknar Baumol sjukvård och utbildning, men också kultur, restauranger etc. Stigande relativpriser innebär att om dessa delar av vår samlade konsumtion skall växa i samma takt som övriga delar måste den även få ta en växande andel av inkomsterna.

Nu har många invänt att produktiviteten inte alls utvecklas svagt inom sjukvården. Tvärtom levererar sjukvården avsevärt mycket mer idag än tidigare genom att kunna behandla fler sjukdomar och patientgrupper. Detta har Baumol insett och i sin senaste bok nyanserar han sin

kostnadssjuka.⁵ Han menar att sjukvården åstadkommer mycket mer idag än tidigare, men att framstegen förutsätter ett tillskott av resurser. Det som skall finansieras är inte tjänsterna i sig utan de resurser som används för att producera dem. Kostnadsutvecklingen har både en pris- och en volymkomponent och priset för de resurser vården använder ökar snabbare än andra priser. Det visar också historien. Prisutvecklingen varierar över åren, men sett över en längre tidsperiod har priset på sjukvård ökat cirka 1 ½ procent mer per år än den allmänna prisnivån (priset på BNP). Att sjukvårdens andel av BNP är konstant betyder därför inte att sjukvården växer i samma takt som BNP fasta priser. De senaste 20 åren har BNP i fasta priser ökat med 65 procent, medan sjukvården har ökat med 35 procent.

Hur stort blir utrymmet?

Hur ser då de ekonomiska förutsättningarna ut för framtiden? Hur mycket sjukvård kommer vi att ha råd med? Hur långt räcker de skatter vi tar ut idag?

En utgångspunkt kan vara vilken volymutveckling i sjukvården som är förenlig med en oförändrad andel av BNP. Det är rimligt att räkna med att relativpriset på sjukvård ökar med 1–1½ procent per år. Med 2 procents BNP-tillväxt och lika hög inflation ger det ett utrymme för volymtillväxt på 0,5–1 procent per år utan att andelen av BNP stiger.⁶ Det motsvarar ungefär den tillväxt som behövs för att klara demografins krav beräknade med den enkla metoden.

En viktig slutsats är således att vi inte behöver höja skatterna för att klara att ge alla dagens nivå på sjukvård. Men historien visar att det inte är demografin som varit avgörande för hur sjukvårdens resurser utvecklats och den kommer inte att vara det i framtiden heller. Det är

⁵ Baumol, William J. (2012). *The Cost Disease, Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*.

⁶ BNP stiger nominellt med 4 procent (2 procents real tillväxt + 2 procents inflation). En oförändrad andel av BNP innebär att sjukvårdens kostnader nominellt måste växa i samma takt. Men priset på sjukvårdens resurser ökar med 3–3½ procent (2 procents allmän inflation plus 1–1½ procents relativprisökning). Det ger ett utrymme för en real tillväxt på ½–1 procent per år.

välståndsutvecklingen och vårdens möjligheter som betyder mest. Med en real inkomstillväxt på 2 procent per år är det sannolikt att vi kommer att vilja ha en sjukvård som växer med mer än ½–1 procent per år. Historiskt har den vuxit med drygt 1 ½ procent år.

Jobba mer kan vara en lösning, men vill vi?

Sysselsättningen spelar en stor roll för välfärdens framtida finansiering. De kalkyler som ger ett tillväxtutrymme på ½–1 procent per år inom ramen för oförändrade skatter förutsätter oförändrad sysselsättning per person i yrkesaktiv ålder. Med mer arbete kan vi skapa ett större utrymme för att finansiera sjukvård och andra offentliga tjänster inom ramen för ett oförändrat skatteuttag.

Att vi måste jobba mer för att klara välfärden är en allmänt omfattad syn. Så länge det handlar om de som ofrivilligt står utan arbete eller som hindras att jobba full tid är insatser för ökad sysselsättning okontroversiellt. En höjning av pensionsåldern eller normalarbetstiden är mer svårsmälta förslag. Att förfoga över sin tid är en del av framsteg och välfärdsökning. På samma sätt som anspråken på bättre välfärdstjänster stiger i takt med ökad realinkomst kan anspråken på kortare arbetstid komma att växa.

Kraven på att arbeta mer ställer solidaritet och finansieringsformer i fokus. De som förväntas arbeta mer för att klara välfärden är inte samma grupper som samtidigt kräver vård och omsorg, snarare handlar det om olika faser i livet. Med en gemensamt finansierad välfärd väger vi på individnivå inte in välfärdssystemens behov av finansiering i beslut om arbete och fritid. Om vi för argumentets skull tänker oss ett samhälle utan gemensamt finansierad vård och omsorg. Där skulle förmodligen sysselsättningen vara betydligt högre. Drivkrafterna för arbete skulle vara höga för att bygga upp ett sparande eller betala försäkringspremier för att finansiera välfärdstjänster samtidigt som lägre skatter skulle göra det mer lönsamt att arbeta.

Paradoxen är att även om vi som medborgare skulle vilja ha ett samhälle där vi arbetar mer och därmed får råd med en generös välfärd agerar vi som individer på ett sätt som tenderar att begränsa skattebasen. Det som kan verka i motsatt riktning är att arbetstiden till en del styrs av kollektiva beslut. Därtill kan de allmänna värderingarna påverkas i en arbetsvänlig riktning.

De svåra frågorna – prioritera eller betala i andra former

Politiskt sätts stor tillit till att vi skall klara välfärdens finansiering med fler arbetade timmar och effektivare verksamhet. Men vill vi jobba mer? Det finns i vart fall en övre gräns där sysselsättningen per person inte kan öka mer. Går det att hitta metoder som leder till att effektiviteten i välfärdssektorn ökar mer än tidigare? Det går men det handlar oftast om engångslyft snarare än effektivitetstillväxt.

I så fall finns det ett finansieringsproblem. För sjukvårdens del kommer vi att erfara detta i form av att landstingens ekonomi kommer att vara fortsatt kärv. Vi uppfattar ofta problemen som tillfälliga. Bara det senaste sparpaketet genomförs så har vi kontroll. Men krisen kommer tillbaka och nya sparpaket måste då läggas fram.

Det ligger nära till hands att uppfatta finansieringsproblemet helt enkelt som en brist på pengar. Som individer eller hushåll bedömer vi dagligen att vi inte har råd med olika saker som vi skulle vilja ha därför att det finns annat som är mer angeläget. På samma sätt kan vi kollektivt som nation hamna i ett läge där det visserligen finns behov av mer vård och omsorg, men där vi inte är beredda att avstå nödvändiga resurser för att möta dem därför att de gör bättre nytta någon annanstans. Den samhällsekonomiska "lönsamheten" av att ge mer resurser till vården är kanske lägre än att använda dem till mer utbildning, bättre kommunikationer eller öka hushållens privata köpkraft. Eftersom vård inte betalas direkt när den behövs finns oavsett sjukvårdssystem alltid en risk för "överkonsumtion", det vill säga att för mycket resurser binds upp i

vården. I den situationen är utmaningen att hitta former för att kontrollera kostnaderna och prioritera. Prioritering handlar då om att helt ta bort sådant som bedöms som mindre väsentligt eller är "vård med oklar nytta".

Vi kan också hamna i en situation där det är finansieringsformen som sätter gränsen. Vården kan inte få de resurser som krävs därför att skatterna av olika skäl inte kan höjas. Dilemmat är att vi som nation har resurserna och är beredda att sätta av dem till sjukvård, men finansieringsformerna gör detta omöjligt. Det kan bero på att skattefinansieringen har samhällsekonomiska effekter som inte är acceptabla eller är politiskt omöjligt att genomföra. Vi betalar skatt som individer men beslutar om offentliga åtaganden som medborgare. Vi skulle egentligen vilja lägga mer pengar på vården, men om skatten inte kan höjas och det av rättviseskäl inte är acceptabelt att själv betala vård är vi hänvisade till att använda den växande köpkraften till sådant som vi redan idag betalar för ur egen ficka, alternativt dra ned på arbetstiden. Det är kanske en avvägning vi inte vill göra.

Det kan noteras att i de långsiktscalkyler som gjorts växer hushållens köpkraft på lång sikt med mycket stora tal. Den 13 kronors kommunal-skattehöjning som det talades om i Framtidens utmaning motsvarar 200 miljarder kronor, men den privata konsumtionen beräknades samtidigt växa med 1 000 miljarder kronor. Det finns pengar och köpkraft men ändå så uppfattas en så stor skattehöjning som omöjlig. Då handlar prioritering om att ta bort (eller låta bli att ta in) vårdinsatser från den offentligt finansierade vården och hänvisa till annan finansiering.

Valet av finansieringsform är i grunden en rättvisefråga. Vår modell för vårdens finansiering bygger på vad som ibland kallas den generella välfärdspolitikens princip. Den finns tydligt manifesterad i hälso- och sjukvårdslagen: "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. ... Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården."

Det senare innebär att betalningsförmåga eller betalningsvilja inte skall vara styrande för resursfördelningen, bara de medicinska behoven. Lagen säger inget explicit om finansieringsformerna. Teoretiskt skulle detta krav kunna vara uppfyllt även helt utan ett offentligt åtagande eller reglering, om det vore så att individernas betalningsvilja och förmåga sammanföll med behoven. Men så är uppenbarligen inte fallet. För att garantera att behoven är det enda styrande för resursernas fördelning krävs en långtgående reglering och offentlig finansiering. Man skall med andra ord inte kunna köpa sig mer eller bättre vård än någon annan. Denna modell har stark förankring.

Efterfrågan är högre hos de som har goda inkomster. De är beredda att betala för en ökad standard i sjukvården. Den potentiella köpkraft och efterfrågan som finns kommer att söka sig till vården. Det sker i olika former: privata försäkringar, köp av vård utomlands etc. och med helt andra fördelningseffekter än skattefinansieringen. Det är inte hållbart att försöka förhindra detta. Men frågan är vad det innebär för den solidariska principen som säger att alla utifrån sina behov skall erbjudas de möjligheter som står till buds.

Vilka är alternativen?

Sjukvård och andra välfärdstjänster kan finansieras på många olika sätt och med olika konsekvenser för dem som betalar. Men i grunden finns det tre olika finansieringsalternativ:

- Skatt - den enskilde individens betalning bestäms av dennes inkomst och utan koppling till nyttjande av tjänsten
- Avgift - betalningen knyts till konsumtion av vårdtjänster och blir beroende av hur mycket som förbrukas
- Försäkringspremie – en ”förhandsbetalning” som knyts till förväntad förbrukning av tjänsten

Dessa former av betalning kan kombineras. Sjukvården är i allt väsentligt skattefinansierad, men avgifter bidrar. För till exempel tandvård för vuxna är avgifter den huvudsakliga finansieringsformen. Men det finns

ett försäkringsinslag i form av den så kallade abonnemangstandvården och skattefinansiering för barnens och de äldres tandvård.

Skatt

”Det är häftigt att betala skatt” har blivit ett bevingat uttalande. Det är en illustration av det dilemma som beskrivs ovan. När de individuella incitamenten för välfärdens finansiering är försvagade måste de ersättas med samhällsorienterade värderingar. Diskussionen om välfärdens finansiering handlar i hög grad om skatter. Hur hög skatt går att ta ut, ekonomiskt och politiskt?

Men vad är en skatt? I formell mening är en skatt en obligatorisk betalning som för den enskilde saknar koppling till de tjänster skatten finansierar. Högre betalning ger inte större rättigheter. Det som gör skatter problematiska är att storleken på betalningen är relaterad till inkomsten. Därmed påverkar skatter olika beslut som har konsekvenser för inkomsten, till exempel hur mycket vi vill jobba, vilket ger de negativa effekterna av skatt. Skatter som inte är relaterade till inkomst, till exempel fastighetsskatt, har inte de negativa effekter som normalt förknippas med skatter. Men de är å andra sidan inte särskilt populära, utom bland ekonomer. Den mest effektiva skatten är en så kallad klumpsummeskatt – alla betalar samma belopp. Men uppenbart kan en sådan skatt inte vara särskilt hög om även de med lägst inkomst skall ha råd att betala. En skattefinansierad sjukvård måste därför i allt väsentligt använda inkomstrelaterade skatter.

Avgift

De avgifter vi har i den svenska sjukvården är av administrativ karaktär. Ett läkarbesök eller vistelse på sjukhus kostar lika mycket oavsett hur omfattande vårdinsatsen är. Avgifternas bidrag till vårdens finansiering är försumbar. I avsaknad av både statlig finansiering och utvecklad försäkringsmarknad är en stor del av jordens befolkning hänvisad till att betala hela vårdkostnaden själva om de har råd. Till relativt nyligen var det förhållandet i Kina, där vård köptes på samma sätt som andra tjänster.

Avgifter kan utformas på flera olika sätt:

- Avgiften kan utgöra en andel av vårdkostnaden.
- Avgiften kan täcka hela eller delar av vårdkostnaden upp till ett tak, över vilket skatter eller försäkringsfinansiering träder in. Sådana modeller har blivit vanliga på den amerikanska försäkringsmarknaden. Försäkringstagaren betalar vid vårdtillfället en hög avgift eller hela vårdkostnaden upp till taket, men får i gengäld en lägre premie jämfört med en vanlig försäkring.
- Avgifter kan relateras till individens inkomst, så att personer med hög inkomst betalar högre avgifter. Då får avgiften också ett inslag av skatt, med samma negativa effekter som skatter. Den som ökar sin inkomst får betala mer i sjukvården.

Det är en allmän bedömning att avgifter inte kan användas som finansieringskälla i någon större omfattning. Däremot kan de, rätt använda, bidra till ökad effektivitet genom att styra resurser till bäst användning och hålla tillbaka onödiga vårdefterfrågan.

Försäkring

Att betala vård och omsorg direkt ur egen ficka när den behövs är inte rationellt. Det finns fördelar med att sluta sig samman med andra och dela på kostnaderna för dem som drabbas, det vill säga en försäkring. Det enda rimliga alternativet till skattefinansiering är därför försäkring. Avgifter kan i praktiken bara fylla en marginell roll som finansieringskälla och om dessa blir för höga skulle det likväl växa fram en marknad för avgiftsförsäkring.

I flera länder är även den grundläggande sjukvården organiserad som en försäkring. Medborgarna betalar en försäkringspremie till ett bolag som sedan köper vård (alternativt betalar försäkringstagaren själv och får sedan ersättning från försäkringsgivaren). Men grundförsäkringen som täcker den basala sjukvården är i dessa länder normalt subventionerad och reglerad så att dess finansiering i praktiken kan liknas vid en skatt. Undantaget bland de rika länderna är USA, där marknadsmässiga

försäkringar svarar för grundskyddet för dem som är under 65 och har inkomster över en viss lägsta nivå.

I de flesta länder finns utöver den skattefinansierade vården även kompletterande försäkringar som ger kostnadsersättning för delar av vården. De fyller olika funktioner:

- Finansiera alternativ till den offentliga vården – vård med bättre standard, större valfrihet (I Australien finns till exempel möjlighet att välja annat sjukhus än de statliga), kortare väntetider etc.
- Ersätta kostnader för sådana vårdinsatser som inte ingår i den offentliga vården, till exempel tandvård, sjukgymnastik, hjälpmedel m.m.
- Ersätta betalda patientavgifter i den offentliga vården. (Frankrike som har förhållandevis höga patientavgifter har ett utbyggt system för sådana försäkringar).
- Ge försäkringsskydd för grupper som inte omfattas av den offentliga vården. (I Irland har personer med inkomst över viss nivå inte subventionerad primärvård.)

I Sverige är det den första typen av försäkringar som dominerar. Ett växande antal har privat sjukvårdsförsäkring, men de spelar en marginell roll som finansiär av sjukvård, uppskattningsvis under 1 procent. I andra länder har de en tyngre finansiell roll och enligt en genomgång av Paolucci (2013) ökar deras betydelse för vårdens finansiering.⁷ I OECD-länderna beräknas 60 procent av befolkningen vara anslutna till en kompletterande försäkring.

De kompletterande försäkringar som finns i andra länder har ofta en lång historia. De har i regel inte tillkommit som ett sätt att hålla tillbaka de offentliga utgifterna för sjukvård. Dock har det i några länder, bland annat Australien och Irland, periodvis funnits en medveten ambition att stimulera fler att skaffa kompletterande försäkringar för att på så vis kunna avlasta den skattefinansierade vårdens finansieringsbörda.

⁷ Paolucci (2013).

Om skattefinansieringens möjligheter är begränsade och inte medger en resursutveckling som räcker för att möta behoven aktualiseras frågan vilka möjligheter det finns med ett ökat inslag av kompletterande försäkringar och vilka former dessa i så fall skall ta. Det är uppenbart att om det växer fram en misstro mot att den offentliga vården skall klara sitt uppdrag därför att den inte har en tillräcklig finansiering kommer det att skapas en marknad för försäkring. Frågan är om detta kan ske i organiserade former och i samspel med den offentliga vården. Vad kan vi lära av andra länder?

Försäkringens möjligheter och begränsningar

Försäkringar rymmer både möjligheter och problem. En fördel med försäkring framför skattefinansiering är möjligheten att förena den med ett mått av valfrihet, inte bara mellan olika försäkringsgivare utan även avseende försäkringsvillkoren. Det kan handla om en avvägning mellan premienivå och försäkringens omfattning, det vill säga hur mycket vårdinsatser den täcker (utöver den skattefinansierade vården). I Australien finns två former av tilläggsförsäkring, en för sjukhusvård som ger större valmöjligheter mellan sjukhus och en försäkring som täcker tjänster som inte ingår i det skattefinansierade utbudet (det så kallade medicare).

Det kan även handla om en avvägning mellan premienivå och självrisk, det vill säga hur höga avgifterna är vid vårdtillfället. Genom att välja en högre avgift för till exempel ett läkarbesök möjliggörs en lägre löpande premie.

Det brukar framhållas som en styrka med försäkring att den måste vara tydlig med vad den utlovar. Villkoren för när rätt till ersättning föreligger måste preciseras liksom för vilka insatser som den enskilde försäkringstagaren har rätt att kräva ersättning. Landstingens sjukvård bygger delvis på den motsatta principen. Hälso- och sjukvårdslagen anger inga rättigheter för den enskilde utan snarare skyldigheter för landstinget att tillhandahålla god vård. Den exakta innebörden och omfattningen av detta är i hög grad upp till landstinget att avgöra. Under senare tid har

de skillnader som finns mellan landstingens vårdutbud blivit alltmer uppmärksammade och ifrågasatta.

Men försäkringar på sjukvårdsområdet har också begränsningar och problem. Det är ingen tillfällighet att sjukvården i de rika länderna i huvudsak är skattefinansierad. Dessa problem sätter även gränser för vad och hur mycket av vården som är möjlig att föra över till försäkringsfinansiering. Tre grundläggande problem med försäkring är följande:

Allt går inte att försäkra. Försäkringar hanterar risker, händelser utanför vår kontroll. Sådant som vi råder över och är upp till den enskildes egna beslut kan inte försäkras. Risken måste vara systematisk, det vill säga vara möjlig att beräkna. All försäkring bygger på de stora talens lag, som innebär att även om det för en individ inte går att säga om en sjukdom skall inträffa eller ej, så går det med viss säkerhet att beräkna sannolikheten att någon i ett större kollektiv drabbas. Det går inte heller att försäkra sådant som redan inträffat. Den som har en sjukdom kan inte få försäkring för den vård denna sjukdom kan komma att kräva. Det går inte heller att försäkra kollektiva risker – att en stor del av försäkringskollektivet samtidigt drabbas av något. Försäkring bygger på att några drabbas, medan andra klarar sig samtidigt som alla bidrar till kostnaden. Detta anger några begränsningar för vad som kan tänkas finansieras med kompletterande försäkringar. Vårdinsatser för personer med medfödda sjukdomar är svåra att lägga över på försäkringsfinansiering, liksom t.ex. insatser vid epidemier.

Risk för underförsäkring. Som individer har vi en inneboende tendens att underskatta behovet av försäkring. Det handlar både om brist på kunskap och på en benägenhet att inte beakta negativa risker, särskilt inte om dessa ligger långt fram i tiden. Vitsen med försäkring är ju att även de som är unga och friska bidrar till försäkringen trots låg sannolikhet att behöva utnyttja den. Men det är svårt att på förhand bedöma risker och vad som är rimliga kostnader för vård. Med frivilliga försäkringar finns det en risk för att vi fattar irrationella beslut. Vi skulle med full information och överblick teckna ett bättre försäkringsskydd än vad vi spontant

väljer att göra. Om delar av vården skulle finansieras den vägen finns det en risk för att många avstår från försäkring för att senare ångra sig och kanske känna sig lurade.

Ett annat klassiskt problem med all försäkring är processer med så kallat *negativt urval*. Förenklat innebär detta att de som inte tycker sig ha så stor nytta av en försäkring avstår från att teckna någon eller väljer en mindre omfattande försäkring. Det leder till att premien höjs för dem som är kvar. Det leder i sin tur till att ytterligare några tycker den är för dyr och avstår från att teckna försäkring. Den kan sluta med att det särskilt för högriskgrupper blir svårt att överhuvudtaget organisera en försäkring. Samtidigt skapas incitament för försäkringsgivaren att undvika högriskgrupper. I detta ligger det en välfärdsförlust. Många skulle vara beredda att betala en premie motsvarande sin förväntade kostnad, men marknaden kan inte etablera en sådan försäkring på grund av svårigheten att dela in kollektivet i korrekta riskgrupper.

Försäkringar är tidsbegränsade. Att en försäkring normalt begränsas i tiden är en form av marknadsmisslyckande⁸. Oftast täcker en försäkring händelser som inträffar under en avgränsad period, till exempel ett år. Den som får en sjukdom byter i princip riskgrupp och premienivå. För en försäkringsgivare är det svårt att erbjuda försäkringar till samma premie för långa perioder och eftersom det är en större risk att täcka in en lång period måste premien sättas högre. En sådan försäkring skulle konkurreras ut av andra bolag som skulle kunna erbjuda en kortare försäkring till lägre premie. Detta är ett marknadsmisslyckande. Vi vill ha, och är beredda att betala för, en försäkring inte bara mot den närmaste tidens vårdkostnader utan även mot att i framtiden riskera att räknas till en högriskgrupp som måste betala en hög premie. Men någon sådan försäkring finns inte. Därför har det också visat sig svårt att etablera en marknad för långvarig vård eller äldreomsorg. I nästan alla länder är långvård ett helt offentligt åtagande.⁹

⁸ Se Cutler och Zeckhauser *The Anatomy of Health Insurance* NBER (1999) för en analys av detta problem.

⁹ Brown J. and Finkelstein A, *Why is the Market for Long-term Care Insurance so Small?*, Journal of Public Economics (2007).

De försäkringsproblem som har skisserats ovan är generella. I de länder som har stort inslag av tilläggsförsäkring hanteras dessa oönskade effekter med olika former av regleringar. Vid en närmare analys är det påfallande hur långtgående reglering som gäller i flera länder.

Enligt läroboken kan många försäkringsproblem hanteras genom att göra försäkringen obligatorisk. Då tvingas även lågriskgrupper att bidra till finansieringen och bristande kunskap eller riskbedömning blir inget problem för försäkringen. Även långvariga försäkringar blir möjliga med ett obligatorium. Men i praktiken är tilläggsförsäkringar inte obligatoriska.

Det finns andra vägar än obligatorium. I Australien, där den frivilliga tilläggsförsäkringen spelar en ganska stor roll, har det införts en särskild straffavgift för dem som tecknar sådan försäkring efter 31 års ålder. Ju senare någon ansluter sig, desto större avgift. Syftet är att få med även yngre försäkringstagare med låga risker.

Hur blir det med rättvisan?

Men den avgörande invändningen mot försäkring är dess fördelnings-effekter. All försäkring innebär en utjämning av risk inom försäkringskollektivet, det är därför vi har försäkring. Men på en konkurrensutsatt försäkringsmarknad finns det alltid en tendens att i så hög grad som möjligt differentiera premien i förhållande till försäkringstagarens risk, i den mån den går att identifiera. Det innebär att grupper som kan bedömas ha störst risk att behöva vård, till exempel äldre, betalar högre premie. Det har funnits exempel i USA där försäkringsgivare av ideella skäl har erbjudit alla försäkringstagare enhetlig premie. Konkurrenter har då identifierat grupper med låg risk och erbjudit dem samma försäkringsskydd till lägre premie. Utjämning mellan identifierbara riskgrupper fungerar inte på en konkurrensutsatt försäkringsmarknad.

Ofta är den politiska ambitionen att driva riskutjämningen längre än vad som är möjligt på en konkurrensmarknad. Politiskt accepteras inte

de premieskillnader som uppkommer på en marknad. För att minska premieskillnaderna har flera länder, till exempel Australien och Irland, en lagstadgad enhetspremie för tilläggsförsäkringar, det vill säga försäkringsgivaren får inte differentiera premien utifrån försäkringstagarens förväntade risk utan måste erbjuda alla försäkring till samma premie. Därtill finns ett krav på att acceptera alla individer som försäkringstagare oavsett hur stora risker de utgör. Det innebär i praktiken att lågriskgrupper subventionerar högriskgrupper.

En sådan reglering förutsätter att det finns en riskutjämning mellan försäkringsgivarna för att hantera att sammansättningen av försäkringskollektiven kan skilja sig åt. I Irland tas det ut en avgift av försäkringsgivaren för varje tecknad försäkring som betalas till en gemensam fond. Ur denna fond finansieras den premierabatt som högriskgrupper erhåller.

Likaså finns det en politisk ambition att utjämna individens försäkringskostnader i förhållande till dennes inkomst. En försäkringspremie är, för individer med samma risk, mer betungande för den som har låg inkomst än för den som har hög inkomst. Detta hanteras med subventioner riktade till grupper med låg inkomst. I Australien finns en särskild statlig subvention som ger rabatt på premien till den frivilliga tilläggsförsäkringen på mellan 10 till 40 procent beroende på inkomst, ålder och familjeförhållanden. I Irland är istället det ordinarie skattefinansierade sjukvårdssystemet mer generöst mot grupper med låg inkomst. (Personer med låg inkomst får ett så kallat medical card som berättigar till en rad förmåner som övriga måste täcka med försäkring.)

Inkomstrelaterade subventioner skapar delvis samma problematik med margineffekter som skatter. Den som ökar sin inkomst riskerar att tappa subventioner och får betala en högre premie. Men skillnaden är att subventionerna riktas mot grupper med låga eller medelhöga inkomster. Margineffekterna tas helt bort för dem som har högre inkomster. Vi kan illustrera dessa båda utjämningsambitioner med ett enkelt räkneexempel. Vi tänker oss sex individer med olika inkomst (låg, medel

respektive hög) och olika risk för att behöva vård (låg respektive hög), som innebär olika förväntad kostnad för vård. Exemplet visar ur mycket var och en betalar i fyra olika finansieringsmodeller:

- ”Vanlig” försäkring med riskrelaterad premie.
- Riskutjämnad premie, det vill säga lika för alla.
- Dito, kompletterad med en subvention riktad till dem med låg inkomst, som finansieras med en högre premie för de med högre inkomst.
- Skattefinansiering.

Tabell 1. En individs kostnad för vård utifrån olika finansieringsmodeller.

| Inkomst | Riskrelaterad premie | | Riskutjämnad premie | | Riskutjämnad och subventionerad premie | | | Skatt | |
|-------------|----------------------|------------------|---------------------|------------------|--|-----------|------------------|-----------|------------------|
| | Kr | Andel av inkomst | Kr | Andel av inkomst | Subvention, kr | Premie | Andel av inkomst | Kr | Andel av inkomst |
| 100 | 5 | 5% | 10 | 10% | 5 | 5 | 5% | 5 | 5% |
| 100 | 15 | 15% | 10 | 10% | 5 | 5 | 5% | 5 | 5% |
| 200 | 5 | 3% | 10 | 5% | 0 | 12,5 | 6% | 10 | 5% |
| 200 | 15 | 8% | 10 | 5% | 0 | 12,5 | 6% | 10 | 5% |
| 300 | 5 | 2% | 10 | 3% | 0 | 12,5 | 4% | 15 | 5% |
| 300 | 15 | 5% | 10 | 3% | 0 | 12,5 | 4% | 15 | 5% |
| 1200 | 60 | | 60 | | 10 | 60 | | 60 | |

Källa: Stefan Ackerby, SKL.

Försäkring med riskutjämnad premie ”gynnar” av naturliga skäl dem som har hög risk, medan premien för lågriskgruppen tar en större andel av inkomsten jämfört med en helt riskrelaterad premie. Särskilt påtagligt är detta för låginkomsttagare med låg risk. Det kan motivera en inkomstrelaterad subvention. För låginkomstgrupperna kan utfallet bli detsamma som med en skattefinansiering. För gruppen med höga inkomster ger däremot systemet med enhetlig premie och subvention lägre premie. Detta är en effekt av att ”marginaleffekten” är eliminerad. Att öka sin inkomst från ”medel” till ”hög” får inga effekter, ovanför en inkomstgräns (200 i exemplet) är premien lika stor för alla.

Exemplen från andra länder visar att det är möjligt att vid sidan av den skattefinansierade vården ha försäkringar som uppfyller långtgående krav på utjämnning. Om skatterna inte kan svara för finansieringen i tillräcklig omfattning är en tänkbar modell att hänvisa viss vård till försäkring med en premie som i grunden är lika för alla, samtidigt som grupper med låga inkomster får en subvention. En alternativ modell skulle kunna vara att ta ut högre avgifter i vården och kombinera med en försäkring enligt samma mönster.

Sådana modeller med inslag av försäkring skulle bryta mot den generella välfärdspolitikens principer. Finansieringsbördan blir annorlunda fördelad jämfört med vid skattefinansiering. I synnerhet för grupper med inkomster över gränsen för att ta del av subventionen. Det skulle innebära ett steg mot en mer selektiv välfärdspolitik, det vill säga en politik där det offentliga stödet i högre grad riktas mot ”svaga” grupper. Givet att skattefinansieringen inte går att upprätthålla för all den vård vi vill ha så är det kanske en rimlig väg.

Prioritering - avgränsning av det offentliga åtagandet

Mot bakgrund av svårigheter att i framtiden kunna finansiera vården i nuvarande former efterlyser många en tydligare avgränsning av det offentliga åtagandet. Det skall vara möjligt att på förhand veta vad den skattefinansierade vården kommer att omfatta och vad som måste

finansieras på annat sätt. Det finns flera skäl för en sådan avgränsning. Det underlättar den enskildes planering. Om vi tror att det offentliga åtagandet är större än vad det visar sig vara när vi behöver det medför det en välfärdsförlust. Vi har inte planerat och reserverat resurser för det. Vi kan ha haft både vilja och ekonomiskt utrymme att finansiera tjänster som vi har räknat med omfattas av det offentliga åtagandet men som av olika anledningar sedan visar sig inte göra det.

En tydlig avgränsning skulle även underlätta för olika aktörer att erbjuda tjänster som hamnar utanför. Ett företag som ska erbjuda en tjänst måste investera i utrustning, marknadsföring etc. Företaget måste då veta att det finns en marknad som inte försvinner genom att tjänsten återgår till offentlig finansiering eller visar sig omfattas av det offentliga åtagandet.

Teoretiskt sett skulle en avgränsning kunna utformas så att en prioriteringslista omfattande alla tänkbara insatser upprättas. När de ekonomiska ramarna inte räcker stryks sådant som står lägst ned på listan och har lägst prioritet. Detsamma om det tillkommer nya behandlingar, läkemedel etc. som bedöms ha hög prioritet och därför ”puttar ut” sådant som ligger längre ned på listan. Dock måste en sådan lista vara förknippad med en förutsägbarhet för att marknaden för tjänsterna ska kunna fungera.

Ett tänkbart kriterium för hur olika insatser skall prioriteras är deras samhällsekonomiska nytta. Det finns relativt etablerade modeller för värdering av medicinska insatser där effekten i termer av förbättrad hälsa ges ett ekonomiskt värde. Detta värde ställs mot kostnaden vilket ger en ”lönsamhet”. Kriteriet för prioritering skulle då vara kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår. Även om det teoretiskt är en tänkbar modell finns det en rad invändningar.

Det finns etiska överväganden som är svåra att beakta i en ekonomisk lönsamhetskalkyl. De flesta instämmer nog i att vård i livets slutskede är en mycket central del i sjukvårdens uppdrag och bör ingå i den

offentliga vårdens kärnuppdrag. Sannolikt är det dock svårt att sätta värde på effekten av insatser för denna patientgrupp på samma sätt som för botande behandlingar. Inom många områden saknas tillräcklig kunskap om vårdens effekter för att kunna göra en rättvisande kalkyl.

En sådan lista, om den går att konstruera, kan aldrig bli stabil. Sjukvården styrs av politiska organ som har att göra avvägningar mot andra områden och mot privat konsumtion. Det innebär att var gränsen sätts för offentligt åtagande alltid kommer att kunna ändras. Framtida politiker kan göra en annan avvägning än dagens politiker mellan sjukvård och andra offentliga områden.

Prioriteringen handlar inte bara om huruvida en behandling eller ett läkemedel skall användas eller inte utan snarare om dessa skall omfattas av skattefinansieringen eller finansieras i andra former. Det ger en ytterligare dimension åt avgränsningen. Det handlar då snarare om att prioritera mellan vad som är rimligt att vi betalar själva och vad samhället bör ersätta. Den gränsen behöver inte sammanfalla med ekonomisk lönsamhet. Att till exempel korrigerade synfel är nödvändigt och har hög lönsamhet, men är något vi (förutom barn) får betala själva.

Möjligheten att föra över till annan finansiering är ytterligare ett kriterium för en avgränsning av det offentliga åtagandet. Går det att etablera en försäkringsmarknad? Är egenfinansiering rimlig med hänsyn till kostnaden för insatsen och de grupper som berörs? I flera länder har man funnit att en del vårdtjänster kan hanteras i tilläggsförsäkringar som finansieras av den enskilde, om än med strikta regleringar.

Vi är ovana vid att föra den diskussionen. Den traditionella utgångspunkten är att allt skall rymmas inom det offentliga åtagandet. Vi har en tradition av ett antingen eller, det vill säga antingen ingår en behandling i det offentliga åtagandet och erbjuds mot patientavgift eller så ingår den inte alls. Mellanlügen förekommer sällan.

3. Öppna prioriteringar inom vård och omsorg - var står vi idag och hur ska vi komma vidare?

Författarna till kapitlet är samtliga verksamma vid Prioriteringscentrum, nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg, vid Linköpings universitet. Per Carlsson är professor i hälsoekonomi. Docent Peter Garpenby och postdoktor Ann-Charlotte Nedlund är statsvetare. Lars Sandman är professor i vårdetik.

I kapitlet drar författarna följande slutsatser:

- De principer för prioriteringar (den etiska plattformen) som ska ligga till grund för hälso- och sjukvården har endast delvis implementerats.
- Det finns många tecken på att vården inte fördelas efter behov och på lika villkor. Olikheter mellan olika delar av landet har särskilt uppmärksammats. Prioriteringar av hälso- och sjukvården bör därför ske mer enhetligt mellan olika sjukvårdshuvudmän.
- En prioriteringsprocess innehåller både information och principer som måste organiseras på ett genomtänkt sätt. På grund av hälso- och sjukvårdens komplexitet måste det ske i olika former, med andra ord finns det inga färdiga mallar.
- Värderingar och etiska principer som står i motsättning till varandra behöver ventileras. Öppenhet som dialog och interaktion mellan olika aktörer kan vara ett steg i riktning mot att skapa en bättre organisering och ett steg mot att öppet reflektera kring både principer och beslutsunderlag.

-
- En prioriteringsprocess som tar sin utgångspunkt i ett koalitionsbyggande mellan olika parter kan underlätta svåra beslut, särskilt om ambitionen är att skapa så stor tilltro som möjligt till det sätt på vilket problemen hanteras.
 - På grund av olika språkbruk, tankesätt, kunskaper och intressen har olika aktörer svårt att förstå varandra. Dialog är ett första steg mot att skapa en gemensam bild av vilket problem öppna prioriteringar är tänkt att lösa. Saknas detta kan prioriteringar ha svårt att uppfattas som rimliga bland vårdens medarbetare och medborgare.
 - Mot bakgrund av en ökad tillämpning av den etiska plattformen vid prioriteringssituationer på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet har det blivit allt mer uppenbart att den nuvarande plattformen inte ger tydlig vägledning för alla de olika situationer som förekommer.
 - En översyn av den svenska plattformen är en angelägen åtgärd för att främja systematiska prioriteringar.
 - Det krävs initiativ och stöd från flera parter såsom regering, landsting och kommuner och vårdyrkesförbund för att främja tydligare och mer enhetliga prioriteringar.

Angeläget men svårt att prioritera

Det är nu sjutton år sedan Sveriges riksdag beslutade om de principer som ska ligga till grund för prioriteringar i hela hälso- och sjukvården. En etisk plattform med tre grundläggande principer¹⁰ åtföljdes av ett flertal kompletterande riktlinjer som framgår av regeringens proposition till riksdagen (Socialdepartementet 1996/97). En riktlinje handlar om att prioriteringarna måste bli mer öppna för att medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvården ska kunna vidmakthållas när nödvändiga prioriteringsbeslut måste fattas. Implementeringen av riksdagsbeslutet har gått långsamt hos sjukvårdhuvudmännen medan det har hänt mer på den nationella nivån. Där har statliga myndigheter som Socialstyrelsen och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) utvecklat arbetsformer för prioriteringar.

¹⁰Människovärdesprincipen, Behovs-solidaritetsprincipen och Kostnadseffektivitetsprincipen.

Hälso- och sjukvården i övrigt har stött på praktiska svårigheter när det gäller att leva upp till intentionerna i riksdagsbeslutet. Det ligger därför nära till hands att olika parter väjer för att göra prioriteringar på ett öppet sätt och istället försöker föra över ansvaret på någon annan. En förutsättning för en tydligare utveckling av mer öppna former för prioriteringar är antagligen en ökad förståelse i samhället i stort för att de problem i hälso- och sjukvården, som man observerar idag och i framtiden rörande resursbrist, måste lösas på nya sätt.

Ännu inte vård på lika villkor

Debatten idag domineras av frågor som visar en hälso- och sjukvård som är resursmässigt pressad. Det rapporteras om personal som inte hinner med att ta hand om patienter på ett adekvat sätt, till exempel äldre med komplexa sjukdomstillstånd, och det finns uppmärksammade skillnader i tillgången till vård i olika delar av landet. Det gäller till exempel olika avgifter och subventionering av vård mellan landsting.

Frågan om ojämlikheter i vården gäller inte enbart skillnader i utbudet av vård mellan olika delar av landet utan också skillnader i vårdkvalitet mellan patientgrupper. I debatten är det ofta enskilda händelser som lyfts fram där patienter inte får tillgång till önskad vård eller också redovisas exempel på direkta felbehandlingar. Utöver rapporteringen av enskilda händelser i media finns det även många undersökningar som stödjer bilden av ojämlikhet i sjukvården (Socialstyrelsen 2013b; Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting 2013). Ojämlikhet i hälsa och tillgång till vården rimmar illa med 2 § i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som säger att: *Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.*

Åtgärder från den politiska nivån har framförallt inriktats mot att förbättra tillgängligheten i vården genom olika initiativ för att minska

väntetider och öka patientinflytandet genom olika valfrihetsreformer. Ett betydligt mindre politiskt intresse har visats frågan om vilka behov som är särskilt viktiga att tillfredsställa i första hand och vilka som har en lägre prioritet när ransonering av vård är en realitet. Hur kan vi förstå detta?

Används begränsade resurser till den mest angelägna vården?

Även om målet för hälso- och sjukvården, som det formuleras i HSL, inte i allmänhet uppfattas som kontroversiellt går meningarna desto mer isär när det gäller styrmedlen för att uppnå målet. Det kan t.ex. finnas en konflikt mellan målet att ge vård på lika villkor och att samtidigt erbjuda en hög tillgänglighet och stort patientinflytande. Prioriteringar i hälso- och sjukvården med ledning av den etiska plattformen är ett medel som framförallt syftar till att realisera det tidigare nämnda målet för hälso- och sjukvården, som det beskrivs i 2 § i HSL. Ändå uppfattas prioriteringar i hälso- och sjukvården av många som kontroversiellt. Prioriteringar likställs inte sällan med ransonering som uppfattas som något orättvist. Detta bidrar antagligen i hög grad till den långsamma utvecklingen när det gäller att skapa en ökad systematik och öppenhet vid prioriteringar.

Ransonering är dock ingen ny företeelse och inte heller något som man kan välja att avstå från att göra. Det är något som förekommer på alla områden där resurserna är begränsade i förhållande till efterfrågan eller behoven. Alla som har arbetat i hälso- och sjukvård oavsett position vet att det finns åtgärder som skulle kunna vara till nytta för patienter eller befolkningen i stort, om vi tänker på förebyggande åtgärder, men som på grund av resursmässiga begränsningar inte har kunnat erbjudas (Arvidsson, 2013). Det kan handla om tillfälliga resursbrister på grund av till exempel sjukfrånvaro i personalgruppen eller en stadigvarande brist på resurser som har resulterat i att en viss åtgärd uteslutits. All form av medveten ransonering upplevs av personal och beslutsfattare som besvärande och otillfredsställande. Det gäller givetvis också för enskilda patienter och anhöriga i den utsträckning som de är medvetna om att ransonering sker. Hur ransonering av hälso- och sjukvård går till i praktiken och vilka avvägningar som faktiskt görs varje dag är mindre känt för

alla involverade parter eftersom det sällan är något som vården redovisar. Trots kunskapen om att vården inte är jämlikt fördelad är det svårt för både politiker och vårdpersonal att argumentera öppet för en alternativ resursfördelning genom att peka på vad som ska ges företräde och samtidigt peka ut vad som ska komma i andra hand eller sådant som hälso- och sjukvården ska avstå från att göra av olika skäl. Följden blir istället olika former av dold ransonering. När något pekas ut som mindre angeläget uppfattas det inte förvånande som negativt av dem som berörs. Det gäller allt från patienter, deras anhöriga, patientorganisationer till verksamma inom det aktuella området och politiker som särskilt valt att fokusera sitt engagemang på en viss fråga eller det aktuella området.

En typ av vårdåtgärd som har liten betydelse ur resurssynpunkt men som ändå har debatterats är tillgång till olika former av assisterad befruktning. Tidigare gällde frågan om storleken på subventionering för heterosexuella par. Genom en lagändring år 2005 har homosexuella kvinnor numera rätt till assisterad befruktning inom den allmänna sjukvården. Det är däremot de enskilda landstingen som bestämmer om vilka avgifter som ska tas ut, vilket är en följd av den kommunala självstyrelsens grundprinciper. Flera landsting beslutade att införa olika regler för homosexuella och heterosexuella par. Efterhand ändrade sig alla landsting utom Östergötland. I augusti 2013 rapporterade flera medier att ett lesbiskt par anmäler Landstinget i Östergötland till Diskrimineringsombudsmannen. Efter uppmärksamhet i media rapporterade SVT i oktober 2013 att Östergötland följt efter övriga landsting. *Anledningen är att det känns orimligt att vi tar ut en annan avgift än landstingen i övriga landet, säger Lasse Pettersson (VL¹¹) ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden* (SVT den 3 oktober 2013). Exemplet visar på den särskilda problematiken i svensk sjukvård med olika lokala regler men också på svårigheterna för landstingspolitiker att försvara sina beslut inför en kritisk opinion särskilt när de är ensamma om ett visst ställningstagande. Detta något udda exempel är ett exempel bland många som visar på vikten av mer enhetliga och tydliga prioriteringar. Vi återkommer senare i rapporten kring vad som krävs av en prioriteringsprocess.

¹¹ VL står för Vrinnevilistan.

Vem kan fatta och försvara obekväma prioriteringsbeslut?

Den moderna välfärdsstaten har så många olika intressenter som vill värna sina frågor att det blir svårt att över huvud taget genomföra förändringar på politisk väg utan att möta kritik från någon grupp som känner sig drabbad (Pierson 2001). Någon måste dock fatta även obekväma beslut. Trots att beslutsfattare vill väl och har goda avsikter är det inte säkert att besluten upplevs som rättvisa utan de riskerar ständigt att bli föremål för kritik. En central fråga är då om hälso- och sjukvården kan åstadkomma prioriteringsprocesser där besluten är så pass välgrundade att tillräckligt många aktörer upplever dem som värda att försvara? En försvårande omständighet för beslutsfattare som ska försvara sina beslut är att prioriteringar många gånger är komplicerade eftersom de ofta är förknippade med ett stort mått av osäkerhet när det gäller tolkning av existerande fakta och vilka konsekvenser det får för drabbade grupper. Det är antagligen en anledning till varför politiker och andra beslutsfattare försöker undvika att nämna behovet av prioriteringar och rationering i det längsta. Flera av de initiativ som har tagits sedan riksdagsbeslutet om den etiska plattformen bekräftar farhågorna att det är besvärligt att göra prioriteringar. Men det finns också löftesrika exempel som vi ska återkomma till.

Så arbetar myndigheter, landsting och kommuner med prioriteringar i dag

Utvecklingen av prioriteringar handlar i korthet om att utarbeta arbetsformer som möjliggör ett mer öppet beslutsfattande. Värdet av öppenhet och vilken grad av öppenhet som är önskvärd vid prioriteringar finns det många olika uppfattningar om. De Fine Licht (2011) diskuterar detta ämne i en rapport från Prioriteringscentrum. Ett vanligt argument för öppenhet är att besluten då kan uppfattas som mer legitima tack vare att öppenheten i sig bidrar till ett ökat förtroende för beslutsfattaren. Ett annat argument handlar om att öppenhet kan leda till bättre beslut tack vare att beslutsfattarna vet att de är observerade och att de därmed blir mer noggranna och ansvarstagande i sitt beslutsfattande. Ett tredje argument för öppenhet är att det är ett sätt att skapa acceptans och för-

troende i sådana fall när beslutet kommer att vara fortsatt omtvistat. En förklaring till varför öppenhet gör skillnad kan vara att människor inte bara bryr sig om utfallet utan även bryr sig om hur man kom fram till ett beslut. Om proceduren uppfattas som rättvis antas de även ha lättare att acceptera beslutet som rättvist. Det finns mycket kvar att bevisa i praktiken när det gäller värdet och graden av öppenhet för olika typer av beslut, men för att komma underfund med värdet av öppenhet måste man pröva sig fram i olika försök.

Prioriteringar sker på olika nivåer inom hälso- och sjukvården

Arbetet med att utveckla nya systematiska arbetsformer för öppna prioriteringar har kommit längst inom statliga myndigheter på hälso- och sjukvårdsområdet. De viktigaste aktörerna är Socialstyrelsen och Tandvård- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Sedan 2002 tar Socialstyrelsen fram nationella riktlinjer för vanliga sjukdomsområden på uppdrag av regeringen. Dessa riktlinjer skiljer sig från nästan alla andra riktlinjer genom att de även innehåller prioriteringar. Fram till september 2013 har slutliga och preliminära riktlinjer publicerats inom 15 områden (Socialstyrelsen 2013a). Sjukdomsområden som bearbetats inkluderar sjukdomar som berör många patienter, tar stora sjukvårdsresurser i anspråk med fokus på åtgärder som är kontroversiella i något avseende.

Socialstyrelsens riktlinjer är inte tvingande, utan är rekommendationer som utformas med begränsad hänsyn till det faktiska budgetutrymmet i kommuner och landsting. Riktlinjerna är framförallt tänkta att vara ett stöd för landsting och kommuner men riktar sig även till andra intressenter i hälso- och sjukvården inklusive patienter och närstående. Arbetsprocessen följer en nationell modell för prioriteringar (Broqvist m.fl. 2011). Med hjälp av medicinska experter ställs aktuella fakta samman som sedan bildar underlag för en prioriteringsgrupp som rangordnar aktuella tillstånd och åtgärder. En riktlinje kan innehålla flera hundra

olika tillstånd-åtgärdspar. Många av dessa utgörs av nya metoder som är på väg att införas i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen tar först fram en preliminär version av riktlinjerna. Vid regionala konferenser och genom ett öppet förfarande inhämtas synpunkter på den preliminära versionen. Socialstyrelsens riktlinjer har med åren blivit allt mer accepterade framförallt i landstingen och används i ökad utsträckning i deras styrprocesser. Användningen inom kommunerna är betydligt mindre.

TLV prioriterar läkemedel

TLV består av Nämnden för läkemedelsförmåner, Nämnden för statligt tandvårdsstöd och ett kansli. Nämnden för läkemedelsförmåner beslutar om läkemedel och om vissa förbrukningsartiklar för privat bruk (TLV 2014). TLV:s nämnd för läkemedelsförmåner fattar beslut gällande huruvida ett läkemedel eller en förbrukningsartikel för användning i öppen vård ska ingå i läkemedelsförmånerna eller inte. När produkten ingår i förmånssystemet gäller reglerna för högkostnadsskyddet. De kriterier på vilka TLV grundar sina beslut om subvention är reglerat i en särskild lag om läkemedelsförmåner (2002:160) och den etiska plattformen. TLV omprövar också subventionen för produkter som redan ingår i förmånssystemet. Ansöknings- och beslutsprocessen sker under sekretess. Däremot publiceras beslutet och tillhörande motiveringar. Läkemedelsföretagen har också möjlighet att vända sig till domstol när de är missnöjda med ett beslut. I TLV:s verksamhet sker alltså en skarp prioritering av vilka läkemedel som ska omfattas av förmånssystemet och vilka läkemedel som kommer att falla utanför detta system. Efter som det finns möjlighet att överklaga TLV:s beslut innebär det även att den tolkning som sker av den etiska plattformen för prioriteringar inom ramen för TLV:s verksamhet här utsätts för prövning i domstol som kan ge upphov till praxis för hur plattformen ska tolkas.

Lovande prioriteringsarbeten i landsting

Efter 1997 då riksdagen beslutade om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård har ett mindre antal landsting (och en region) i tidsbegränsade försök utvecklat och prövat prioriteringsprocesser i rikt-

ning mot större öppenhet framförallt under åren 2008–2011. Garpenby och Bäckman (2013) har sammanställt erfarenheter från dessa tidiga försök och slutsatsen är att det råder osäkerhet om hur systematiska och öppna prioriteringar ska drivas vidare inom landstingen och regionerna. Osäkerheten är ännu större inom kommunerna. Kunskap om behovet av öppna och systematiska prioriteringar och riksdagsbeslutet om prioriteringar förefaller dock finnas. Däremot finns det en osäkerhet när det gäller formerna för prioriteringar. De omfattande prioriteringsarbeten som genomförts i form av fristående processer är delvis ifrågasatta och det pågår diskussioner om hur prioriteringar ska integreras i landstingens/regionernas ordinarie styrprocesser. Flera landsting arbetar idag med ordnat införande av nya metoder i vården som kan ses som ett steg i riktning mot mer systematiska prioriteringar.

Den mest intressanta utvecklingen idag sker kanske inom ramen för de prioriteringsarbeten som initierats i olika verksamheter där vårdpersonal själva har tagit initiativ till att arbeta fram olika typer av vägledande rangordningar för sin egen verksamhet. Broqvist och Arvidsson (2013) har redovisat några exempel på sådana lokala projekt. Flest aktiviteter sker inom habilitering (Edin m.fl. 2011). Ett sådant exempel är utvecklandet av stöd till prioriteringar på individuell nivå inom habiliteringsverksamheten i Region Skåne. Det finns enstaka exempel på verksamhetsnära prioriteringsarbeten i kommuner.

Lokala politiker behöver ta initiativ till prioriteringar

Det behövs antagligen fler initiativ från den politiska nivån i landsting och kommuner som stödjer det verksamhetsnära utvecklingsarbetet mot öppnare och mer faktabaserade processer samt möjligen ytterligare försök på den övergripande nivån, men av mindre omfattning än de mycket omfattande prioriteringsprojekt som genomförts i flera landsting. Trots att landstingen tycks ha genomfört sina prioriteringsprojekt på ett relativt framgångsrikt sätt uppfattas den totala arbetsinsatsen som allt för omfattande och konkurrerande med annan planering och styrning.

Mycket talar för att det är i mötet mellan sjukvård och patient och anhöriga som uppfattningar om prioriteringar formas och där grunden läggs för uppfattningen att sjukvården agerar rättvist (Nedlund 2012). Flera studier från senare år visar att det går att skapa en förståelse för att offentliga institutioner inte har till uppgift att i alla lägen tillgodose varje individs snäva intresse, men att medborgarna fäster stor betydelse vid att institutioner agerar på ett sätt som upplevs som rättvist och att procedurer kan utvecklas som stödjer detta. Denna uppfattning grundläggs inte genom demokratiskt deltagande i rollen som väljare utan som brukare i mötet med offentliga myndigheter och serviceorganisationer såsom sjukvården (Kumlin 2002; Rothstein 2003; Norén Bretzer 2005). Det är alltså mycket viktigt att sjukvårdens personal känner sig säkra i sin roll och kan kommunicera kring dessa svåra frågor (Owen-Smith m.fl. 2010a, 2010b; Nedlund 2012).

Information och principer kräver medveten organisering

Hur ser då utmaningarna ut för landsting, kommuner och andra aktörer när det gäller att utforma mer öppna processer på lång sikt? Exempelvis omfattar prioriteringar såväl moraliska, politiska som ekonomiska överväganden. Sådana beslut kan knappast vara entydiga då de är starkt kopplade till normer och värderingar som finns inom hälso- och sjukvården (Vad är god vård? Vad är bästa evidens?) och utanför (Vad vill jag som medborgare att hälso- och sjukvården ska vara? Vad menar jag med rättvis vård?). Det finns därför inga enkla eller självklara lösningar på prioriteringsfrågor som kan vinna uppslutning bland alla berörda överallt i samhället. Ändå måste sådana beslut fattas.

Öppenhet genom dialog

Öppenhet kan vara en lösning i en situation av komplicerat beslutsfattande där många åsikter förekommer. Men den öppenhet vi efterfrågar är inte enkelriktad kommunikation utan omfattar dialog, interaktion mellan hälso- och sjukvårdens många intressenter såsom landsting och en organisering som leder till gemensamt ”meningsskapande” kring

problem och lösningar på resursfördelningens dilemma. I detta arbete kan goda exempel från olika landsting eller kommuner tjäna som en sporre.

När vi betraktar prioriteringar i hälso- och sjukvård är det tydligt att organiseringen av dessa kan ske i olika former. Det är en följd av att hälso- och sjukvården är en av de mest komplexa sektorerna i samhället, inte minst vad gäller styrning, variationen av processer, mängden aktörer, svåra etiska frågor, kravet på evidens och politiska viljeyttringar. Organiseringen kan också identifieras på olika nivåer inom denna sektor: det kan exempelvis vara nationella processer, landstingsomfattande processer eller avgränsade processer inom en klinik. Gemensamt för dessa är att prioriteringar allt som oftast omfattar flera aktörgrupper och ibland flera organisationer. Nätverk och partnerskap har blivit allt viktigare för att hitta olika praktiska lösningar i hälso- och sjukvården. Nätverk kan se olika ut på olika nivåer inom sektorn och kan vara både öppna och slutna för olika aktörgrupper. Denna insikt har stor relevans för hur prioriteringsarbete kan bedrivas. Öppenhet som dialog och interaktion kan vara ett steg i riktning mot att skapa en bättre organisering av prioriteringsprocesser och ett steg mot att öppet reflektera kring både principer och beslutsunderlag. En prioriteringsprocess som tar sin utgångspunkt i ett koalitionsbyggande kan spela stor roll för hantering av olika typer av svåra resursfördelningsbeslut, särskilt om ambitionen är att skapa så stor tilltro som möjligt till det sätt på vilket problemen hanteras.

Information, principer och modeller

I samband med att strategier eller system för öppna prioriteringar diskuteras brukar ofta fokus riktas mot förbättringen av beslutsunderlagen (information) eller mot värdegrunden, det vill säga vilka etiska principer som ska vägleda prioriteringar.

Information

Vanligtvis framhålls att beslutsfattandet vid systematiska och öppna prioriteringar bör baseras på bästa möjliga beslutsunderlag (information).

Ibland talar man om behovet av att basera prioriteringar på ”evidens” vilket då ofta blir liktydigt med kunskap om hälsoläget i befolkningen (behovsanalys), om behandlingars kliniska effekt och om de är kostnads-effektiva. Ibland framförs uppfattningen att ”evidens” kan förekomma i andra former, till exempel omfatta patienters preferenser angående vad som utgör behov (Williams m.fl. 2012). Att beslutsunderlag av olika slag skulle kunna ”tala för sig själv” och därmed på ett självklart sätt tillsammans avgöra prioriteringar framskymtar ibland som en from förhoppning, trots att detta sätt att närma sig prioriteringar kritiserades redan på 1990-talet (Holm 1998). Visserligen används idag ”algoritmer” som hanterar olika variabler exempelvis vid individprioritering, särskilt i akuta situationer, men att tänka sig att prioriteringar mellan sjukdomsområden skulle avgöras på detta sätt förefaller både orealistiskt och olämpligt. Det ligger inte heller i linje med intentionerna i den etiska plattformen som vi tolkar den. Ändå lever förhoppningen om att kunna ”göra” prioriteringar utan direkt koppling till värderingar och ställningstaganden av faktiska personer.

Principer

I Sverige har vi den etiska plattformen som värdegrund där de tre etiska principerna; människovärdesprincipen, behovs- solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen ska ge vägledning för prioritering av hälso- och sjukvård. Två av de centrala komponenterna i den etiska plattformen, nämligen behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen förutsätter en gemensam uppfattning om hälso- och sjukvårdens mål. Principerna i sig ger ingen vägledning i detta avseende, vilket har påpekats av bland annat Liss (2003). Vad som krävs är en gemensam dialog kring vilka mål som hälso- och sjukvården ska ha och hur dessa kan ges en etisk förankring. Om det är så att HSL eller den etiska plattformen inte ger uttömmande svar på frågan om hälso- och sjukvårdens mål är detta dock inget skäl till att avfärda problematiken. Det är snarast en uppfordran till en fortlöpande diskussion i samband med praktisk och öppen prioritering genom organisering.

Modeller för hantering av information och principer

Att skapa ett bärkraftigt prioriteringsarbete inrymmer som tidigare noterats komplicerade processer; frågorna som behandlas är i sig etiskt svåra och tangerar flera divergerande kunskapsområden. För att kunna hantera en så komplex process konstrueras ofta olika verktyg och modeller som de samverkande aktörsgrupperna kan ta stöd i. Dessa är tänkta att kunna hantera såväl beslutsunderlag (information) som principer. Ett exempel på ett sådant verktyg är ”den nationella modellen för öppna prioriteringar” (Broqvist m.fl. 2011). Modellen ger goda förutsättningar för att kunna förklara på vilka grunder prioriteringar görs men utan organisering kan den lätt tendera att leda till enkelriktad kommunikation. Modellen i sig ger ingen vägledning om hur ett gemensamt meningsskapande kan formas i hälso- och sjukvård; den måste användas genom organisering, det vill säga det som handlar om former för koordinering, planering och samarbete.

Att hantera information och principer genom organisering

Vid prioriteringar måste dagens fördelning av resurser och argumenten bakom fördelningen granskas. Filosofen Norman Daniels och läkaren James Sabin har formulerat fyra villkor som de anser ska känneteckna en ”rättvis prioriteringsprocess”, som går under namnet ”Accountability for reasonableness” förkortat A4R och där det första villkoret är att grunderna för prioriteringsbeslut måste vara offentliga. Dessa villkor uppfattas ibland som en enkel ”checklista” som kan prickas av. Men det är viktigt att notera att det inte är öppenheten i sig som leder till en högre grad av förståelse av prioriteringar, utan öppenheten i kombination med former för organisering som förtjänar tilltro. Öppenheten erbjuder en möjlighet att visa upp en process som framstår som sammanhängande och konsekvent (Daniels & Sabin 2008).

Det innebär att värderingar och etiska principer som står i motsättning till varandra behöver ventileras. Ett sådant förhållningssätt, som brukar benämnas ”pluralistisk förhandling”, har lyfts fram av den brittiska

sjukvårdspolitikforskaren Rudolf Klein (1993). En viktig poäng med ”pluralistisk förhandling” är att både granskning och diskussion ska tillämpas på alla nivåer i sjukvården: den politiska, den administrativa och den kliniska. Då beslut på olika nivåer påverkar varandra måste viktiga ställningstaganden ske på samtliga nivåer. Med andra ord så räcker det inte med att principer utvecklas på en nivå varefter implementering förväntas ske på andra nivåer. Istället måste kunskap från samtliga nivåer tas tillvara för att man på så sätt ska kunna komma fram till ett beslut som fungerar i praktiken och där också eventuella konsekvenser tas i beaktande. Av detta följer också att man bör göra sig medveten om konsekvenserna av tidigare beslut, det vill säga den breda granskningen och diskussionen ska i förlängningen också innebära ett gemensamt lärande.

Vi anser att det behövs en organisering där information ingår tillsammans med principer, och där olika deltagare kan förekomma. Sådana processer kan i sina delar vara både öppna och mer slutna för allmän insyn (Ham & Coulter 2001). I Sverige utgör Socialstyrelsens arbete med Nationella riktlinjer med avsikt att vara underlag för prioriteringsbeslut ett exempel på hur evidens och principer samverkar i en modell. Men detta arbete, där ett stort antal aktörer, forskare och kliniker, med olika bakgrund och kunskapsbaser möts, är också ett exempel på organisering för att genom diskussion komma fram till hur prioriteringar inom ett specifikt sjukdomsområde bör göras. Samtidigt som myndighetens expertgrupper arbetar för att lokalisera och sammanställa den mest relevanta forskningen, så måste denna hanteras i en för syftet uppbyggd process i flera led, fram till rangordning. På samma sätt är arbetet inom TLV exempel på hur information och beslutsprocess är sammanlänkade genom organisering för att i ett visst sammanhang framstå som trovärdig i sin helhet.

Samverkan och öppen dialog underlättar prioriteringsarbetet

Dessutom kräver prioriteringar i en samverkande och nätverkande miljö som hälso- och sjukvårdssektorn mer av dialog och kommunikation. Annars finns risk för att förståelsen stannar inom en begränsad krets. En

svårighet inom hälso- och sjukvården, med dess komplexa organisationsstruktur, är att sprida information, men det finns också problem med kommunikation mellan olika aktörgrupper i samhället. Ofta beskrivs det som att olika aktörer har olika språkbruk, tankesätt, kunskaper och intressen och därigenom svårt att förstå varandra (Östergren & Sahlin-Andersson 1998; Nedlund 2012). Här krävs också en form för organisering för att underlätta dialog. Dialog är ett första steg mot att skapa en gemensam bild av vilket problem öppna prioriteringar är tänkt att lösa. Finns inte detta har lokala processer svårt att uppfattas som rimliga bland vårdens medarbetare (Dickinson m.fl. 2011) och bland medborgarna (Williams m.fl. 2012).

Ett sätt för de olika aktörerna att hitta stöd i svåra beslutssituationer är att skapa former för organisering och grupperingar där aktörgrupperna var för sig eller tillsammans diskuterar och kommer fram till en rimlig lösning. Det kan vara professionella grupper där man tillsammans söker konsensus om vad som är rimligt i specifika situationer och på så sätt ger stöd för den egna professionen eller enskilda yrkesutövaren i mötet med patienten eller brukaren. Exempel på detta kan vara professionella eller tvärprofessionella grupper inom kliniken eller fackliga grupperingar som skapar stöd för enskilda yrkesutövare. Det kan också vara en konstruerad institution inom ett landsting/region där olika aktörgrupper diskuterar och kommer fram till en lösning. Exempel på sådana är de horisontella prioriteringsgrupperna i Västerbotten, Program- och prioriteringsrådet i Västra Götaland och hjälpmedelskommittéerna i landstingen i Gävleborg och Östergötland, på nationell nivå i form av en myndighet (TLV), eller mellan landsting och kringgärdande nätverk i form av patient- och anhörigorganisationer och andra medborgarkonstellationer.

Denna typ av lösning, som kan benämnas ”mellanled”, förekommer inom hälso- och sjukvårdens organisering men kan utvecklas vidare i nya former (Nedlund 2012). Mellanled kan användas till att kommunicera ”dubbelriktat” i olika led till exempel från medborgare och organisationer till beslutsfattare, men också i andra riktningen (Tenbensel

2002). Således kan mellanled spela en viktig roll för att stärka dialog och interaktion inom och mellan aktörsgrupper (Tenbensen 2002; Davies 2007; Nedlund 2012). På så sätt kan information, principer och modeller integreras och koordineras i en genomtänkt öppen process.

Sverige är ett av få länder i världen som har etiska principer för prioritering etablerade genom ett beslut i det nationella parlamentet. Det är alltid attraktivt att hänvisa till ”regler” som är en klassisk form att undvika kritik vid svåra beslut (Hood 2010). Men att tillämpa vägledande etiska principer för prioritering av hälso- och sjukvård innebär inte att luta sig mot ett regelverk som entydigt talar om hur en åtgärd ska bedömas i förhållande till andra åtgärder. Principerna måste placeras i ett sammanhang av organisering där även utvecklingen av goda beslutsunderlag ingår. Ett återkommande inslag i den internationella prioriteringsdiskussionen handlar om betydelsen av att förbättra tillgången på information i relation till att satsa på att utveckla former för att organisera arbetet som kan möjliggöra beslutsfattande på grundval av befintlig information (Klein & Williams 2000). Det som ibland framställs som en konflikt mellan information och organisering är en konstruerad motsättning av liten relevans. Organiseringen är central för att placera in både principer och information i sitt sammanhang av resursfördelning. Öppenhet i samband med prioriteringar leder ofta tankarna mot insyn i processen. Men insyn är i sig inte en egenskap som gör att prioriteringsprocesser vinner uppslutning. Genom en organisering där dialog och interaktion är centrala aspekter möjliggörs gemensamt ”meningsskapande” kring problem och lösningar på resursfördelningens dilemma.

Förtydliganden av den etiska plattformen kan underlätta

Vi har tidigare konstaterat att det inte räcker med genomtänkta och välformulerade principer för prioriteringar utan dessa måste också sättas in i ett sammanhang. Prioriteringar måste organiseras så att förutsättningar för dialog mellan viktiga aktörer finns på plats.

Även om det inte är tillräckligt med tydliga principer så underlättar sådana prioriteringsarbetet. I takt med att den etiska plattformen, det vill säga de tre principerna, används som grund för skarpa prioriteringar på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet har det blivit allt mer uppenbart att den nuvarande plattformen inte ger en tydlig vägledning i alla de situationer där den ska användas. I detta avsnitt redovisas några olika aspekter av den etiska plattformen där det behövs ytterligare förtydliganden men avsnittet lyfter också fram det arbete som redan har skett på detta område. Avslutningsvis presenterar vi kortfattat det arbete som påbörjats i Norge för att se över den etiska plattform som där ligger till grund för prioriteringar.

Behov av förtydliganden när det gäller människovärdesprincipen

Människovärdesprincipen säger att ”Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.” (Socialdepartementet 1996/97). I den proposition som ligger till grund för att infoga den etiska plattformen i hälso- och sjukvårdslagen förtydligas denna princip på följande sätt. Principen sägs bland annat innebära att man inte får ta hänsyn till kronologisk ålder, social och ekonomisk ställning, samt tidigare livsstil vid prioriteringar. Det sägs däremot att man får ta hänsyn till biologisk ålder och framtida livsstil. Biologisk ålder förtydligas som en persons möjligheter att tillgodogöra sig behandling utifrån biologiska förutsättningar och på motsvarande sätt menar man att det är väsentligt att kunna ta hänsyn till en persons möjligheter att följa en viss behandling eller att en persons livsstil i vissa fall kan omintetgöra effekten av en viss behandling. Samtidigt finns det i detta sammanhang utrymme för ett flertal förtydliganden.

När det gäller *kronologisk ålder* uppstår exempelvis följande frågor som kan behöva besvaras:

- Om det inte finns evidens för att en viss behandling fungerar utanför ett visst åldersspann (pga. av brist på vetenskapliga studier av god kvalitet) – kan det då vara acceptabelt att dra en åldersgräns för vem som erbjuds behandlingen?

-
- Om en behandlings effekt är märkbart sämre för patienter utanför ett visst åldersspann – kan det ge skäl för att dra en åldergräns för när behandlingen ska erbjudas?

När det gäller social och ekonomisk ställning kan exempelvis följande frågor behöva besvaras:

- I vilken utsträckning, om alls, får man ta hänsyn till att viss behandling kan vara beroende av att patienten har ett visst socialt stöd eller nätverk i sin omgivning?
- I vilken utsträckning får man ägna sig åt det som brukar kallas för positiv diskriminering av sociala grupper, det vill säga ge extra riktad stöd till en viss social grupp eftersom vi vet att sociala förutsättningar är en viktig bestämningsfaktor utifrån ett folkhälso-perspektiv?
- Hur ska ställningstaganden om social ställning tolkas i relation till frågor om återgång till arbetslivet? Är det acceptabelt att väga in möjligheten att återgå i arbete när vi ägnar oss åt prioriteringar eller ska det ses som ett otillåtet hänsynstagande till social ställning?
- Vilken relation finns kring ställningstaganden kring ekonomisk ställning eller situation och möjligheten till egenfinansiering?

När det gäller den sistnämnda frågan kring egenfinansiering har Prioriteringscentrum påbörjat ett arbete för att försöka klargöra detta genom att utveckla ett ramverk för kriterier som är rimliga att ställa för att bedöma om en åtgärd lämpar sig för egenfinansiering (Carlsson & Tinghög 2013).

I relation till frågan om *tidigare och framtida livsstil* kan exempelvis följande frågor behöva klargöras:

- I vilken utsträckning kan vi ta hänsyn till framtida livsstil utan att det implicit innebär att vi även tar hänsyn till tidigare livsstil?
- Om vi inte kan ta hänsyn till tidigare livsstil – i vilken utsträckning, om någon, kan vi ta hänsyn till patientens eget ansvar inom vården?

Denna senare fråga kring egenansvar har Prioriteringscentrum tidigare aktualiserat i den större undersökning som gjordes kring prioriteringar år 2007 (Prioriteringscentrum 2007). Även hänsynstaganden till *biologisk ålder* kan behöva klargöras på olika sätt:

- Hur stor påverkan på åtgärdens effekt ska krävas för att man ska kunna ta hänsyn till biologisk ålder?
- Hur ska biologisk ålder bedömas och hur kan det kopplas till kronologisk ålder?

Behov av förtydliganden när det gäller behovs-solidaritetsprincipen

När det gäller behovs-solidaritetsprincipen kräver även den ett antal klargöranden. Ett av dessa rör hur vi på ett systematiskt sätt ska kunna bedöma ett behovs storlek, det som även kan kallas ett behovs svårighetsgrad. Prioriteringscentrum har tagit fram en matris för bedömning av svårighetsgrad som under 2013 testats i Socialstyrelsens riktlinjearbete kring hjärtsjukvård. En annan aspekt av behovs-solidaritetsprincipen som kan behöva klargöras är hur solidaritetsaspekten ska tolkas mer i detalj. I det arbete som gjordes år 2007 och där Prioriteringscentrum föreslog justeringar av den etiska plattformen var ett av bidragen ett försök att förtydliga solidaritetsaspekten av principen genom att bryta ut denna och göra den till en egen princip.

Oavsett en sådan justering så krävs det ytterligare arbete för att förtydliga dels hur ”lika möjligheter till vård” ska tydas, dels vad en ”strävan att utfallet av vården skall bli så lika som möjligt, det vill säga att alla skall nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet” ska tolkas. Prioriteringscentrum har, i ett arbete kring sårlekemedel, försökt tolka denna aspekt av principen. I detta arbete har vi dragit slutsatsen att solidaritetsdelen av principen talar för att man har starka skäl att ge behandling åt grupper med svåra tillstånd där det saknas alternativ behandling även om detta implicerar en hög kostnad för hälso- och sjukvården – för att därmed ge jämlika möjligheter och ett mer jämlikt utfall när det gäller hälsa (Carlsson m.fl. 2012).

Behov av förtydliganden när det gäller kostnadseffektivitetsprincipen

Även kostnadseffektivitetsprincipen behöver förtydligas på olika sätt. Prioriteringscentrum har tidigare argumenterat för att relationen mellan de olika principerna och den inbördes viktningen bör förtydligas (Prioriteringscentrum 2007). Om man ska följa skrivningen i den proposition som ligger till grund för riksdagsbeslutet om prioriteringar får kostnadseffektivitetsprincipen en mer begränsad roll jämfört med hur den senare faktiskt har tillämpats inom andra verksamheter. Samtidigt har man i den lag som reglerar TLV:s verksamhet gett kostnadseffektivitetsprincipen en starkare ställning, en ställning som förefaller mer i linje med hur principen faktiskt har tillämpats i olika prioriteringssammanhang, exempelvis Socialstyrelsens riktlinjearbete.

En annan oklarhet med kostnadseffektivitetsprincipen är i vilken mån effekter på samhällsnivå bör vägas in i kostnadseffektivitetsberäkningar. Att väga in effekter på samhällsnivå handlar framförallt om att väga in produktions- och konsumtionspåverkan av en viss åtgärd – det vill säga om den möjliggör för människor att återgå i arbete eller innebär att människor måste vara frånvarande från arbetet och i vilken mån åtgärden innebär ökad konsumtion som inte finansieras med motsvarande produktion. Att ta hänsyn till dessa faktorer riskerar att missgynna de grupper som inte är i arbete och inte har någon möjlighet att återgå i arbete. Detta kan vara kopplat till ålder och innebär alltså att man tar hänsyn till kronologisk ålder, men även till social situation eller social/ekonomisk ställning. Texten i propositionen uppvisar här en viss otydlighet samtidigt som människovärdesprincipen kan tolkas som att den förbjuder den formen av ställningstaganden.

Ytterligare en fråga i relation till kostnadseffektivitetsprincipen är om det ska specificeras en eller flera gränser för när en viss åtgärd kan anses vara kostnadseffektiv i termer av kronor per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) på motsvarande sätt som gjorts i exempelvis Stor-

britannien genom National Institute for Health and Care Excellence (NICE) försorg. I nuläget finns ingen sådan gräns i Sverige även om både Socialstyrelsen och TLV håller sig med gränser för vad som anses som hög respektive mycket hög kostnad där hänsyn till tillståndets svårighetsgrad vägts in.

Som redovisas här pågår det ett antal arbeten med att försöka förtydliga olika aspekter av den etiska plattformen. Samtidigt måste det betonas att dessa initiativ tas av Prioriteringscentrum eller andra aktörer när dessa problem uppkommer i samband med skarpa prioriteringsarbeten. Det innebär i praktiken att enstaka personer eller mindre grupper gör sin egen tolkning av plattformen. Dessa kan naturligtvis på olika sätt få en vidare spridning men det innebär också att en lagstiftningsfråga blir föremål för enskild tolkning utan en tydlig förankring i ett större demokratiskt sammanhang vilket kan anses som olyckligt.

Norge ser över sin prioriteringsplattform

I Norge har man valt att göra en tredje offentlig översyn av den plattform som där ligger till grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Låt oss kortfattat redovisa vad Norge har valt att fokusera på i denna översyn. I direktiven för den norska utredningen specificeras att följande punkter bör utredas och kan behöva förtydligas (Helse- og omsorgsdepartementet 2013):

- Om de grundläggande kriterierna (allvarlighetsgrad, effekt och kostnadseffektivitet) behöver förändras eller kompletteras med andra principer.
- Om hur svårighetsgradskriteriet ska användas på ett systematiskt sätt.
- Om det kan finnas gränser för hur liten effekten ska vara för att kravet på nytta ska vara uppfyllt.
- Hur nyttobegreppet ska tolkas i relation till livsförlängande behandling i livets slutskede.

-
- Hur kostnadseffektivitetskriteriet ska användas vid prioriteringar.
 - Huruvida andra kriterier som kronologisk ålder, tillgången till alternativ behandling, behandling av sällsynta sjukdomstillstånd eller innovationspotential ska tillåtas spela in vid prioriteringar.
 - Om det inbördes förhållandet mellan den norska modellens tre kriterier (och eventuella andra kriterier och principer), som nu är jämställda, ska förändras.
 - I vilken utsträckning egenfinansiering ska användas vid prioriteringar inom den norska hälso- och sjukvården.
 - Om det ska sättas gränser för vad som kan anses vara en rimlig relation mellan kostnad och effekt och om så, den ska vara olika för olika hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Här ser vi att ett flertal av dessa punkter avser aspekter som även vi lyfter som behövliga förtydliganden ovan – men i vissa fall går den norska utredningen längre och gör en översyn av om vissa grundläggande ställningstaganden, exempelvis kring ålder, fortfarande ska gälla. Det finns anledning att följa detta arbete från en svensk horisont eftersom det dels kan ge viktiga impulser till vårt eget arbete med att förtydliga den svenska plattformen, dels eftersom de ställningstaganden som görs i Norge kan ge upphov till underlag för diskussion kring en mer genomgripande översyn av den svenska etiska plattformen för prioriteringar.

Vem som ska medverka i prioriteringsarbetet bör klaras ut

Det finns många förbättringsområden som inte ryms inom detta kapitel. Ett område som vi avslutningsvis vill lyfta fram gäller vem som ska delta i olika prioriteringsarbeten och särskilt diskutera vilken roll patienter och medborgare skulle kunna få i framtiden.

Ansvar för politiker och professionella grupper

Naturligtvis vilar det största ansvaret för prioriteringar på politiker på central och lokal nivå, framförallt när det gäller övergripande prioriteringar. Men även professionella grupper, det vill säga vård- och omsorgs-

personal, har ett ansvar och det särskilt när det gäller prioriteringar på individnivå. Politiker måste ta ansvar för att skapa regelverket och ta ställning till principiella prioriteringsbeslut. När väl tydliga regler och praxis finns på plats borde besluten i stor utsträckning kunna överlåtas till andra parter. Det är i detta läge viktigt att den etiska plattformen framstår som ett användbart verktyg.

För vissa typer av prioriteringsbeslut kan det vara en fördel att organisera särskilda grupper eller kommittéer som vi har beskrivit tidigare. Exempel på detta kan vara professionella eller tvärprofessionella grupper inom en klinik eller fackliga grupperingar. Sådana mellanled kan också förekomma i form av formella beslutsorgan i landsting som vi tidigare beskrivit såsom Program- och prioriteringsrådet i Västra Götaland eller på nationell nivå, Läkemedelsnämnden inom TLV eller i form av arbetsgrupper knutna till Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Mellanled kan användas som ett medel för att kommunicera ”dubbelriktat” i olika led till exempel från medborgare och organisationer till beslutsfattare, men också i den andra riktningen och därmed spela en viktig roll för att stärka dialog och interaktion mellan olika aktörer.

Vilken roll ska patienter och medborgare ha?

En viktig fråga vid utformning av prioriteringsprocesser är vilken roll patienter/brukare/medborgare kan och bör få i framtiden. Som patienter har vi rätt att bli delaktiga i vårdprocessen och att påverka beslut som rör den egna vården. Deltagande i den egna vårdprocessen är inte särskilt kontroversiellt utan antagligen mest praktiskt svårt att skapa på grund av olika förmågor och intresse hos patienter och vårdgivare. Deltagande av patienter och medborgare i andra former inom hälso- och sjukvårdssystemet är mer komplicerat.

I sin granskning av Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer konstaterade Riksrevisionen att patient- och brukarföreträdare har en otydlig roll i framtagningen av riktlinjerna och därför i praktiken ett lågt inflytande (Riksrevisionen 2013). Man efterlyser metoder för att systematiskt fånga upp patient- och brukarkunskap och rekommenderar

regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla en arbetsmetod för att ytterligare lyfta fram patientperspektivet i riktlinjerna. Det finns säkert mycket som kan göras för att förstärka patientperspektivet i beslutsunderlaget men frågan är om Riksrevisionen även tänker sig att en sådan metod ska innefatta att patienter medverkar vid rangordning och indirekt ransonering av vårdinsatser. En sådan utökad roll för patienter ger upphov till ett antal frågor av etisk och praktisk karaktär, såsom Hur kan vi se till att de patientföreträdare som deltar är representativa för patientgruppen?

De som bör ta ledningen

Det förefaller trots allt rimligt att patienter och medborgare kommer att kunna få en allt viktigare roll som granskare av beslut och som opinionsbildare. Det finns många faktorer som kan leda fram till beslut som blir fel eller som uppfattas orättvisa och som därför bör granskas och kritiseras. En viktig samhällsdebatt som förs idag handlar både om sådan vård som inte ryms inom det offentliga åtagandet och om framtida utmaningar. Om politiker och andra parter som fått ansvaret för att göra prioriteringar på ett öppet sätt ska lyckas med sin uppgift måste det finnas en grundläggande förståelse för att sådana beslut är nödvändiga.

”En förutsättning för ett fortsatt starkt stöd för en hälso- och sjukvård som är solidariskt finansierad och vänder sig till alla är att det finns en förståelse för de prioriteringar som är nödvändiga och efter vilka principer dessa görs. Det krävs en bred och öppen demokratisk debatt där allmänheten, patienter, den medicinska professionen och politiker deltar.”

(Socialdepartementet 1996/97 s14).

I Sverige har vi kommit en liten bit på väg när det gäller en sådan förståelse. Det är dock långt kvar innan vi har uppnått en bred och öppen demokratisk debatt där allmänheten, patienter, den medicinska professionen och politiker deltar.

Vi har ännu inte svaret på frågan om en ökad öppenhet vid prioriteringar leder till bättre och mer hållbara beslut. Det är därför nödvändigt att se diskussionen om prioriteringar i vården som en långsiktig och ständigt pågående process som hela tiden behöver utvecklas.

”Tidigare fastställda riktlinjer (för prioriteringar, vår anmärkning) kan behöva omprövas allteftersom de demografiska mönstren förändras, resurstillgången skiftar, tekniska framsteg i behandling och medicin leder till nya behandlingsmetoder osv.”

(Socialdepartementet 1996/97 s 6).

Denna långsiktiga och komplexa process för utveckling och omprövning kan inte förväntas löpa av sig själv vilket vi kan konstatera när vi ser tillbaka på de senaste sjutton åren. Här krävs det initiativ och stöd från flera parter för att uppnå både tydligare och mer enhetliga prioriteringar.

1. **Regeringen** kan göra mer för att hjälpa myndigheter och sjukvårdshuvudmän i ett besvärligt arbete genom att ta initiativ till en översyn av den etiska plattformen.
2. **Landsting och kommuner** kan ta initiativ till fler försök på olika nivåer med öppna prioriteringar och integrera prioriteringarna mer i de ordinarie styrprocesserna. Det finns exempel från senare år där landsting på ett förtjänstfullt sätt har lyckats utveckla processer i riktning mot öppna prioriteringar. Vidare kan landsting- och kommunledningarna, det vill säga både politiker och högre tjänstemän, ta ett större ansvar genom att uppdra åt sina olika verksamheter att bedriva lokala prioriteringsarbeten. Det är antagligen här som det viktigaste arbetet finns framöver – att öka förmågan att göra prioriteringar och att kommunicera kring prioriteringar mot patienter och anhöriga.
3. **Sveriges kommuner och Landsting (SKL)** bör stödja sina medlemmar inte minst genom att lyfta dessa frågor på ett tydligare sätt. Det påbörjade arbetet med harmonisering av avgifter och vilka vårdtjänster som ska ingå i det offentliga åtagandet bör fortsätta och tydligare kopplas till prioriteringar.

4. **Vårdyrkesförbund** kan i större utsträckning väcka frågor kring vardagsprioriteringar bland sina medlemmar men också arbeta systematisk kring värderingarna till exempel hur den etiska plattformen förhåller sig till andra etiska principer som styr vårdarbetet och de etiska koder som förbunden tagit fram. Det finns studier som visar att patienter föredrar ett öppet förhållningssätt till frågan om alla behandlingsalternativ finns tillgängliga eller om de är ransonerade. Men det kan vara svårt för vårdpersonal att kommunicera kring sådana frågor (Owen-Smith m.fl. 2010a; 2010b).

Huruvida något ansvar för utveckla prioriteringsprocessen skulle kunna åläggas patienter och medborgare är mer tveksamt. I första hand kan patient- och brukarorganisationer acceptera att medverka vid prioriteringar som kritiska granskare och bidra med kompletterande erfarenheter. Det är dock svårt att föreställa sig att ett utökat deltagande av patienter och medborgare på något enkelt sätt skulle lösa dilemman i samband med hälso- och sjukvårdens resursfördelning.

Det finns ibland ett okritiskt förhållningssätt till vad medborgares medverkan kan tillföra i samband med prioriteringar i hälso- och sjukvård. Mycket tyder på att medborgare inte vill ta på sig någon beslutande roll i samband med sjukvårdens resursfördelning. Däremot kan man avläsa ett intresse för att bli konsulterad i olika frågor av mer generell natur (Litva m.fl. 2002; McKei m.fl. 2008). Det är inte heller självklart att medborgare ska delta i alla sammanhang (Solomon & Abelson 2012). Det är viktigt att omsorgsfullt överväga syftet med deltagande, hur man ska välja deltagare bland medborgare och hur processen av deltagande ska utformas för att bli meningsfull och hur det budskap medborgarna lämnar ska sammanföras med andra typer av beslutsunderlag (Mitton m.fl. 2009). Väl genomförda konsultationer kan dock signalera att formella beslutsfattare är angelägna om att ta hänsyn till olika relevanta intressen och är beredda att lyssna på olika åsikter. Det blir ett sätt att visa att prioriteringsprocessen är genomtänkt och det kan i bästa fall addera till uppfattningen att det är en rättvis process.

Referenser

Arvidsson Eva (2013). Priority Setting and Rationing in Primary Health Care. Linköping University Medical Dissertations, 1342. Linköping: Linköping University.

Broqvist Mari, Branting Elgstrand Maria, Carlsson Per, Eklund Kristina, Jakobsson Anders (2011). Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård - Reviderad version. Prioriteringscentrum, Linköpings universitet, Rapport 2011:4.

Broqvist Mari, Arvidsson Eva (2013) Prioriteringar initierade på verksamhetsnivå. I Carlsson Per, Waldau Susanne (red.) Att välja rättvist- Prioriteringar i hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur.

Carlsson Per, Hoffmann Mikael, Levin Lars-Åke, Sandman Lars, Wiss Johanna (2012). Prioritering och finansiering av läkemedel för behandling av patienter med sällsynta sjukdomar. Prioriteringscentrum, Linköpings universitet, Rapport 2012:1.

Carlsson Per, Tinghög Gustav (2013). Läkemedel - när är det rimligt att betala själv? Stockholm: SNS Förlag.

Davies Celia (2007). Grounding Governance in Dialogue? Discourse, Practice and the Potential for a New Public Sector Organizational Form in Britain, *Public Administration* 85(1) s. 47-66.

Daniels Norman, Sabin James (2008). Setting Limits Fairly. Learning to share medical resources? Second edition. New York: Oxford University Press.

De Fine Licht Jenny (2011). Öppna prioriteringar och extern legitimitet. En experimentell undersökning om hur människor uppfattar information om prioriteringar av sjukvård. Prioriteringscentrum, Linköpings universitet, Rapport 2011:5.

Dickinson Helen, Freeman Tim, Robinson Suzanne, Williams Iestyn (2011). Resource scarcity and priority-setting: from management to leadership in the rationing of health care? *Public Money & Management*, 31(5):363-370.

Edin Ulrike, Gunnarsdotter Anette, Tegnevik Tomas och Broqvist Mari (red) (2011). Att prioritera i team i tvärprofessionell verksamhet - Ett exempel från habiliteringen. Prioriteringscentrum, Linköpings universitet, Rapport 2011:6.

Garpenby Peter, Bäckman Karin (2013). Samlade erfarenheter av öppna landstingsvisa prioriteringar. I Carlsson Per, Waldau Susanne (red.) Att välja rättvist - Prioriteringar i hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur.

Ham Chris, Coulter Angela (2001). Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices. *Journal of Health Services Research Policy*, 6(3): 163-69.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Offentlig utvalg for vurdering av prioriteringer i helsesektoren – mandat. Hämtat på hemsidan 2013-11-11. Holm, Søren (1998). Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. *BMJ*, 317:1000-1002.

Hood Christopher (2011). *The Blame Game. Spin, Bureaucracy, and Self-Preservation in Government*. Princeton, NJ: Princeton University Press. Klein Rudolf (1993). Dimensions of rationing: who should do what? *BMJ* 307: 309-11.

Klein Rudolf, Williams Alan (2000). Setting priorities: what is holding us back – inadequate information or inadequate institutions? I: Coulter Angela, Ham Chris (eds.). *The global challenge of health care rationing*. Buckingham: Open University Press.

Kumlin Staffan (2002). *The personal & the political. How personal welfare state experiences affect political trust and ideology*. Göteborg: Göteborg University.

Liss Per-Erik (2003). The significance of the goal of health care for the setting of priorities. *Health Care Analysis* 11: 161-169.

Litva Andrea, Coast Joanna, Donovan Jenny, Eyles John, Shepherd Michael, Tacchi Jo, Abelson Julia, Morgane Kieran (2002). The public is too subjective': public involvement at different levels of health-care decision making. *Social Science & Medicine*, 54:1825–1837.

McKie John, Shrimpton Bradley, Hurworth Rosalind, Bell Catherine, Richardson Jeff (2008.) Who Should be Involved in Health Care Decision Making? A Qualitative Study, *Health Care Anal*, 16:114–126.

Mitton Craig, Smith Niel, Peacock Stuart, Evoy Brian, Abelson Julia (2009). Public participation in health care priority setting: A scoping review. *Health Policy*, 91: 219–228.

Nedlund Ann-Charlotte (2012). *Designing for Legitimacy. Policy work and the art of juggling when setting limits in health care*. Linköping University Medical Dissertations, 1306) Linköping: Linköping University.

Norén Bretzer Ylva (2005). Att förklara politiskt förtroende. Betydelsen av socialt kapital och rättvisa procedurer. Göteborg: Göteborgs universitet.

Owen-Smith Amanda, Coast Joanna, Donovan Jenny (2010a). Are patients receiving enough information about healthcare rationing? A qualitative study. *J Med Ethics*, 36: 88-92.

Owen-Smith Amanda, Coast Joanna, Donovan Jenny (2010b). The desirability of being open about health care rationing decisions: findings from a qualitative study of patients and clinical professionals. *J Health Serv Res Policy*, 15: 14-20.

Pierson Paul (2001). *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.

Prioriteringscentrum (2007). *Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården*. Prioriteringscentrum, Landstinget i Östergötland, Rapport 2007:2.

Riksrevisionen (2013). *Mer patientperspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod?* (RiR 2013:4).

Rothstein Bo (2003). *Sociala fällor och tillitens problem*. Stockholm: SNS Förlag.

Socialdepartementet (1996/97). *Regeringens proposition Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Prop. 1996/97:60.

Socialstyrelsen (2013a). *Nationella riktlinjer*. Hämtat från hemsidan 2013-11-11.

Socialstyrelsen (2013b). *Väntetider i cancervården– väntetider från remiss till behandling i cancervården*. Delrapport oktober 2013.

Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Öppna jämförelser 2013. Hälso- och sjukvård- Jämförelser mellan landsting*.

Solomon Stephanie, Abelson Julia (2012). *Why and When Should We Use Public Deliberation?* *Hastings Center Report* 42, 2: 17-20.

Tenbense Tim (2002). *Interpreting public input into priority-setting: the role of mediating institutions*. *Health Policy* 62 s.173–194.

TLV (2014). *Tandvård och läkemedelsförmånsverket*. Hämtat från hemsidan 2014-01-24.

Williams Iestyn, Robinson Suzanne, Dickinson Helen (2012). *Rationing in health care. The theory and practice of priority setting*. Bristol: The Policy Press.

Östergren Katarina, Sahlin-Andersson Kerstin (1998). *Att hantera skilda världar. Läkarens chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm: Landstingsförbundet.

4. Har försäkring en ökad roll i framtidens välfärd?

Författare till detta kapitel är Kristina Ström Olsson, nationalekonom på Svensk Försäkring. I arbetet har en referensgrupp bestående av representanter från försäkringsföretagen medverkat.¹²

Att säkerställa finansieringen av välfärden i framtiden är en stor utmaning. Den demografiska utvecklingen kommer att innebära allt fler äldre som lever allt längre samtidigt som antalet yrkesarbetande minskar. En ökande försörjningsbörda ska hanteras samtidigt som medborgarnas krav och förväntningar på vård och omsorg ökar. En viktig faktor för att klara välfärden är att tydliggöra det offentliga åtagandet.

Vi behöver diskutera vilka möjliga kombinationer av finansieringslösningar som finns. Hur ser medborgarna på finansieringen av vård och omsorg i framtiden? Finns betalningsviljan att lägga mer på sin egen vård och omsorg? Är människor beredda att betala vård helt ur egen ficka eller vill de gå ihop och dela på risken? Har försäkring en ökad roll i framtidens välfärd? För att ta reda på mer om hur det ligger till har Svensk Försäkring låtit genomföra en attitydundersökning. I detta avsnitt redovisas resultaten från denna och från några andra aktuella undersökningar.

Är välfärden tillräckligt finansierad i dag?

Innan vi övergår till att fokusera på framtida finansieringsutmaningar kan det vara på sin plats att reflektera över dagens välfärdssystem och dess finansiering. Frågan om välfärden idag har tillräcklig finansiering har inget givet svar. Utifrån aspekten att resurserna är ändliga men

¹² Referensgruppen har utgjorts av medlemmar från följande försäkringsföretag: Alecta, AMF, Bliwa, Folksam, Hannover Re, If, Länsförsäkringar, SEB Tryggliv, Skandia, Swedbank Försäkring och Trygg-Hansa.

efterfrågan oändlig blir svaret nej. Likaså blir svaret nekande utifrån aspekten att resursbristen är tydlig inom både sjukvården och äldreomsorgen.

Det måste till mera resurser

Bristen på resurser inom sjukvården innebär att vård måste ransoneras men den innebär även att takten på den medicinteknologiska utvecklingen och dess införande av vad som är möjligt bromsas upp. Men orsaken till problemen är inte bara en avsaknad av resurser. Effektivitets- och kvalitetsbrister i välfärdssystemen som innefattar organisation, styrning och ledning gör vården och omsorgen mer kostsam än nödvändigt. Det finns en potential till effektivisering och kostnadsbesparing utan att kvaliteten behöver försämrats. En insats för att öka möjligheterna till god kvalitet och förtroende för den offentligt finansierade vården och omsorgen är den etiska plattform för kvalitet som det beslutades om hösten 2013. Den har tagits fram i samarbete mellan staten och arbetsgivar-, bransch- och fackliga organisationer för att säkra kvaliteten i välfärden och innefattar bland annat framtagande av en gemensam kravspecifikation som beskriver hur information om kvalitet, ekonomi, ägande och anställningsvillkor ska utformas.

Sjukvården utvecklas förvisso snabbt – nya och bättre läkemedel samt behandlingar tas fram som förbättrar sjukdomsförlopp, förlänger liv och innebär att nya diagnoser kan behandlas. Digitala lösningar och innovation, till exempel i form av e-hälsotjänster¹³, är en viktig del i utvecklingen och snabbar på olika former av webbaserade hälso- och sjukvårdstjänster. Nya hjälpmedel som utformas är också en del i utvecklingen. Framöver väntas patienten i allt större utsträckning kunna utföra till exempel behandling, provtagning eller hälsomätning på egen hand. Arbetet inriktas på att få en mer sammanhållen vårdkedja, inte minst för multisjuka människor, och på att patientens delaktighet ska öka.

¹³ Begreppsförklaring: e-hälsa kan vara en rad tjänster i gränslandet mellan medicin, sjukvård och informationsteknik, såsom e-journaler, telemedicin och hälsoinformation för patienter.

Ovan nämnda utveckling och effektivisering behövs för att klara välfärden men det måste också till mera resurser. Även om högteknologiska innovationer väntas effektivisera vården så kommer de sannolikt initialt att leda till dyrare vård. Till detta kommer behovet av ytterligare resurser för att klara personalförsörjningen. För att locka fler till vård- och omsorgsyrkerna behöver sannolikt statusen för till exempel sjuk- och undersköterskor och vårdbiträden höjas och det kan komma att krävas högre löner och mer kompetensutveckling än i dag.

Kvalitet och innovation ledord för vård och omsorg i världsklass

Om Sverige ska sträva mot en vård och omsorg i världsklass, måste en hög kvalitet upprätthållas i alla delar av välfärdssystemen. Det kan handla om att förbättra de medicinska resultaten och kvaliteten i vården samt att göra vården mer likvärdig i hela landet. Det handlar också om att främja möjligheterna till forskning och innovation. Men var går gränsen? Ska alla möjligheter tillvaratas eller kan vi nöja oss med ”tillräckligt god utveckling”? Med största sannolikhet kommer bortprioritering av vård att vara en realitet även i framtiden. Då måste också en gräns sättas för vad som kan erbjudas, oavsett vilka former för finansiering och utförande som tillämpas.

Dagens ersättningssystem till utförarna beskylls ibland för att vara en bov i dramat genom att de till viss del snedvrider professionens prioritering av vård. Till exempel tenderar snabb genomströmning att prioriteras framför principen att behov ska gå först.¹⁴ Ersättningssystemen behöver förändras så att incitamenten till effektivitet och kvalitet ökar hos utförarna. Exempelvis mer prestationsbaserad ersättning, kan rätt utformad åttstadkomma att kvalitet sätts i fokus i stället för kvantitet. Ersättningen behöver kanske bli mer långsiktigt resultatbaserad och resultaten redovisas mer öppet. Kris i vården eller inte – goda exempel för tillgänglighet och vårdresultat visar att förbättringar är möjliga.

¹⁴ För information om ersättningssystem och uppföljning, läs t.ex. Socialstyrelsen (maj 2013) *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012* och VINNOVA (2014) *Vägar till välfärdsinnovation*.

Ojämligheter inom dagens vård och omsorg

Individens inflytande varierar

En tendens sedan länge är att medborgarna i allt större utsträckning vill vara delaktiga i och ställa krav på vården för sin egen del eller för sina anhöriga. Individuellt inflytande och medverkan är på många sätt positivt och kan göra både vården säkrare och bättre¹⁵. Vilken hjälp en patient får vid mötet med vården kan skilja sig åt beroende på patientens utbildningsnivå, kön och födelseland.¹⁶ Det varierar också vilket inflytande en individ vill eller kan utöva, vilket leder till ojämlikheter inom dagens vård och omsorg. Både kvaliteten och tillgängligheten kan skilja sig åt.

Ett ökat informationsflöde gör det lättare för medborgarna att öka sina kunskaper om sjukdomssymptom, läkemedel och behandlingsmöjligheter. Detta och individens förändrade syn på sin roll gentemot läkare och vårdpersonal är några orsaker till att patient/brukare och anhöriga kan ställa allt högre krav. Vilka krav kommer då våra ”curlade” barn att ställa på vården när de blir äldre?

Även den som strävar mot mer delaktighet i sin egen vård kan känna sig maktlös. Larmrapporter om brister i vården från patienter, anhöriga och vård- och omsorgspersonal vittnar om detta. Det handlar ofta om att människor har fått vänta för länge på livsviktig vård eller att de har fått bristfällig vård. Sådana problem gör att patientens inflytande försvagas.

Patientmaktutredningen kom med ett slutbetänkande i juni 2013 där de föreslår åtgärder som stärker patienters delaktighet, integritet och inflytande över sin hälso- och sjukvård. Det ska bland annat genereras genom en samlad patientlagstiftning och ökad valfrihet. Ett mål är att förbättra förutsättningarna för en god och jämlik vård.¹⁷

¹⁵ Se bland annat SKL:s Positionspapper (2010a).

¹⁶ SOU 2013:44, *Ansvarsfull hälso- och sjukvård*.

¹⁷ SOU 2013:2 Delbetänkande av Patientmaktutredningen.

Ofta blir brister i kvalitet och resultat uppenbara när jämförelser fångar skillnader mellan landsting. Tillgång till och kvalitet i vården kan ibland skilja sig mycket åt mellan olika delar av landet, men skillnader finns även mellan olika läkare på samma sjukhus. Vilken vård du får kan med andra ord vara avhängigt av var i landet du bor eller vilken läkare som behandlar dig. Eftersom gränsen i viss mån är flytande – det finns nationella riktlinjer för prioritering av vård respektive omsorg men ingen regelrätt kontroll eller uppföljning hur de följs – ger självbestämmande landsting/regioner och finansiella restriktioner upphov till olika prioriteringar. Här är arbetet med tydligare prioriteringar viktigt.

Yngre generationer ställer högre krav

Dagens ungdomar kommer med största sannolikhet att veta mer än dagens äldre om vilka behandlingsmöjligheter som finns men även vad som ligger bakom eventuell ohälsa eller sjukdom. Vi kan därför anta att de också kommer att ställa högre krav på bästa möjliga medicin och behandling i framtiden. För att samhället ska klara av att tillgodose ett ökande vårdbehov eller ökad efterfrågan, måste det bli tydligare vilka behov som den enskilde kan vänta sig att få tillgodosedda från det offentliga och vad denne måste vara beredd att betala för själv.

Tydligare prioriteringar för att bibehålla legitimiteten

Resurserna till hälso- och sjukvård respektive äldreomsorg är begränsade och kommer så alltid att vara. Med tanke på att systemen ställs inför ovanligt stor press framöver är det viktigt att beslutsfattare skapar beredskap för hur välfärden ska klaras. För att det i arbetet med välfärdssystemen ska gå att uppnå långsiktigt hållbara lösningar krävs en bred analys och väl förankrade politiska beslut.

Det är idag ofta otydligt vilken vård och behandling som det offentliga tar hand om och inte. Det kan vara en förklaring till varför det finns en skillnad mellan vad individer förväntar sig av vården och vad det offentliga tillgodoser. I förlängningen leder detta ”glapp” till ett minskat förtroende för den offentliga vården. En undersökning visar också att människors förtroende för sjukvården varierar i dag, från 77 procent till 59 procent, mellan landstingen¹⁸.

Att se privat vård som ett alternativ är inte en självklarhet. Den kan dels vara ett icke-alternativ, i de fall något privat alternativ inte finns att tillgå, dels kan den vara mycket kostsam för den enskilde att betala för ur egen ficka.

Det är viktigt att legitimiteten för välfärdssystemen vårdas. Därför är det till exempel olämpligt om det sker omprioriteringar vid varje politiskt regimskifte. Vissa åtaganden – till exempel vård och omsorg om äldre – är dessutom långsiktiga för patient och brukare och skulle riskera att leda till ständiga omprioriteringar. En sådan oförutsägbarhet blir extra problematisk för den enskilde att hantera. Om inte allmänheten har förtroende för politikerns och andra aktörers hantering av systemen, kan det bli svårt att få acceptans för en större förändring av desamma.

Allmänhetens syn på välfärdsutmaningarna

Vilken syn har då medborgarna på den gemensamma välfärden? Vilka förväntningar har de och hur ser de på den framtida finansieringen av välfärdssystemen? Vilken tilltro har medborgarna för systemen och dess finansiering i framtiden? För att besvara dessa frågor har Svensk Försäkring låtit Novus genomföra en undersökning om allmänhetens förväntningar på vård och omsorg samt hur de ser på finansieringen av denna typ av tjänster.¹⁹

¹⁸ SKL (2013). *Vårdbarometern 2012*.

¹⁹ Denna attitydundersökning utfördes av Novus under februari 2013, på uppdrag av Svensk Försäkring. Representativt urval av personer 18-79 år. 1 005 personer deltog i undersökningen.

Vi har även jämfört resultaten med ett antal andra undersökningar där medborgarna har tillfrågats om sina förväntningar på, och attityd till, vård och omsorg i framtiden. Flera undersökningar visar bland annat att det finns en oro för att vården och omsorgen inte kommer att räcka till för att täcka behoven framöver.

Tänkbart med mer skatt och kompletterande försäkring

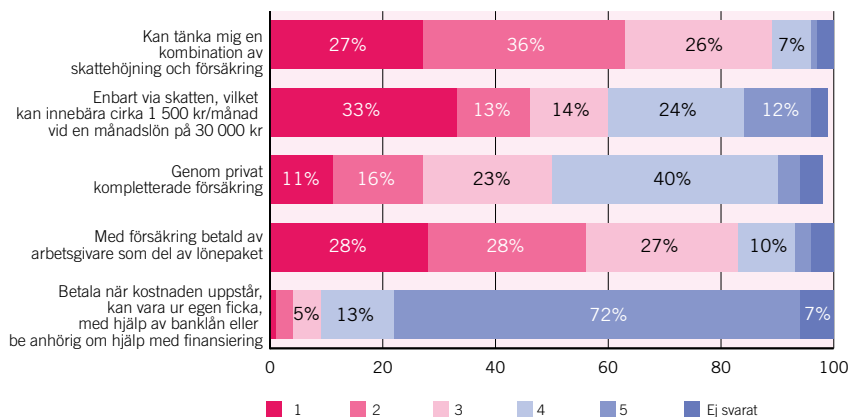
En fråga rör hur medborgarna ser på olika typer av finansiering utifrån utgångspunkten att de offentliga skattemedlen på den nuvarande nivån inte kommer att räcka till för att finansiera sjukvården i framtiden (figur 1). De alternativa finansieringssätten är en kombination av skattehöjning och försäkring, enbart via skatten, privat kompletterande försäkring, försäkring betald av arbetsgivaren som en del av ett lönepaket eller direkt ur egen ficka när behovet uppstår.

Som framgår av Figur 1 svarar 27 procent att de i första hand kan tänka sig en kombination av skattehöjning och försäkring, 33 procent att de föredrar finansiering enbart via skatten och 28 procent att de föredrar en försäkring betald av arbetsgivaren som del av ett lönepaket. Övriga 11 procent anger att de föredrar att finansiera återstående kostnad genom privat kompletterande försäkring. Blott en procent föredrar att betala själv när kostnaden uppstår. Sammantaget har 66 procent av de tillfrågade svarat att de föredrar någon form av privat försäkring som kompletterande lösning. Knappt hälften av dessa föredrar det i kombination med skattehöjning.

Om vi tittar på vad respondenterna valt i andra hand så har flest personer, 36 procent, valt finansiering med skatt kombinerat med privat försäkring, tätt följt av alternativet försäkring betald av arbetsgivaren som en del av ett lönepaket.

Figur 1. Sju av tio föredrar att komplettera finansieringen av sjukvården med privat försäkring i någon form

Fråga: Om de offentliga systemen inte kommer att kunna finansiera sjukvården fullt ut, hur skulle du då föredra att den återstående kostnaden för sjukvården finansieras? (Rangordna dina svar 1-5 där 1 är ditt första alternativ)



Källa: Svensk Försäkring

Resultaten från undersökningen visar således att det finns ett stöd hos medborgarna för privat försäkring som kompletterande lösning. Nästan sju av tio föredrar att i första hand komplettera finansieringen av sjukvården med privat försäkring enbart eller kombinerad med högre skatt. Det kan tolkas som att det finns en öppenhet för kompletterande finansieringslösningar. Andrahandsvalet – läses som andra ”boxen” från vänster sida i figuren på varje fråga – förstärker denna indikation.

En svårighet med denna typ av frågor är att det är svårt för medborgare i allmänhet att till fullo inse omfattningen och betydelsen av olika typer av finansieringslösningar. Vad innebär det till exempel att skatten höjs? Vad innebär det för mig som individ att jag kan/bör teckna en privat enskild försäkring? Vi har av tradition en till stor del offentligt finansie-

rad välfärd, vilket sannolikt är en förklaring till att människor är villiga att betala höga skatter jämfört med i andra länder. Samtidigt finns det begränsningar i möjligheten att höja skatterna. Hänsyn måste även tas till den påverkan det har på incitamentsstruktur och internationell konkurrenskraft. Vår slutsats är att det sannolikt kommer att krävas en kombination av lösningar för att klara framtidens välfärd.

Ett antal undersökningar visar att det finns en vilja att betala skatt för att vården och äldreomsorgen ska kunna ”klaras” men det framgår inte hur stor den viljan är i realiteten. I resultat från den så kallade Sverige-studien²⁰ framgår att medborgarna vill ha förbättrad välfärd men de vill inte ta ansvaret själva. Bland andra visade en delutredning inom ramen för Socialförsäkringsutredningen²¹ att 66 procent av de tillfrågade anser att andelen av de totala skatteintäkterna som går till hälso- och sjukvård bör öka. Cirka hälften av de tillfrågade anser att den offentliga sektorn klarar att svara för en god äldreomsorg och för att garantera ålderspensionärerna en hygglig levnadstandard. I en undersökning som Novus gjort på uppdrag av Katalys har 59 procent svarat att de är beredda att betala mer skatt än i dag om pengarna öronmärks för förbättringar inom vård, skola och omsorg.

Enligt den opinionsundersökning som YouGov har utfört på uppdrag av Trygg Hansa tror nästan 80 procent att sjukvårdskostnaderna kommer att öka något eller kraftigt inom de närmaste 20 åren. För äldreomsorgskostnaderna är siffran ännu högre. När det kommer till finansiering av de ökade kostnaderna anser 43 procent att högre skatt är det bästa sättet. Nästan lika många – fyra av tio – tycker att försäkringslösningar som kombinerar offentligt och privat är det bästa. Ett sätt att öka skatteintäkterna är en höjning av pensionsåldern till 75 år. Det anser 11 procent är en bra lösning. Endast fyra procent anser att finansieringen av ökade vård- och omsorgskostnader ska lösas genom ransonering av vård och omsorg.

²⁰ Sverige-studien är en årlig kartläggning av svenskarnas värderingar och attityder, i samhället och på arbetsplatsen. Undersökningen utförs på gemensamt uppdrag från ett antal fristående aktörer däribland Skandia, SKL, Volvo IT och Preera.

²¹ Stefan Svallfors (2011). Underlag till Socialförsäkringsutredningen S 2010:04; ”Trygg, stöttande, tillitsfull?”.

Hälften av de tillfrågade tror att individens eget ansvar för att få en bra sjukvård kommer att öka.

Det finns således en stor enighet bland respondenterna att det är viktigt med god vård och omsorg. När det kommer till finansieringen finns det en öppenhet till såväl skattehöjningar som till en kombination av skattehöjning och försäkringslösningar.

Medborgarna vill dela på risken

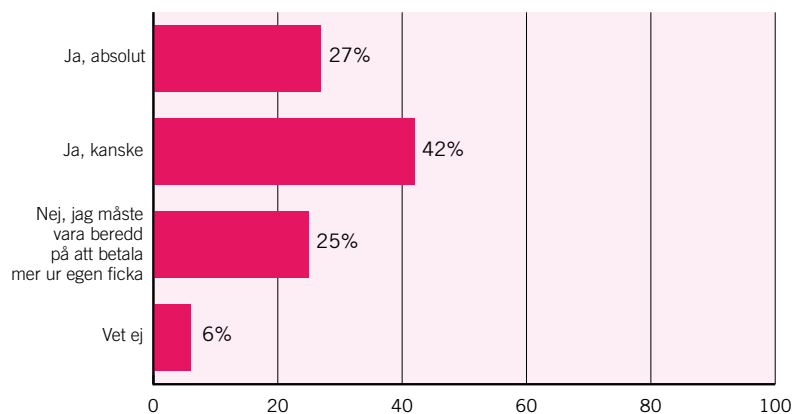
Få av de tillfrågade – bara en av tio – föredrar att betala ur egen ficka vid behov av vård, omsorg eller hjälpmedel. Det framgår bland annat av den undersökning som Svensk Försäkring låtit utföra. Resultatet kan tolkas som att människor även fortsättningsvis vill minska risken för stora egna vårdkostnader genom att dela risken och därmed finansieringen med andra. Både skatt och försäkring är mer eller mindre solidariska genom att medborgarna delar på risken. Alla bidrar till finansieringen och de som sedan får behov av vård eller stöd får det behovet tillgodosett, till exempel genom någon form av försäkringslösning.

Något större oro för sjukvården än för äldreomsorgen

En fråga i undersökningen som Novus gjort på uppdrag av Svensk Försäkring lyder ”Tror du att du i framtiden kommer att kunna få skattefinansierad äldreomsorg som i dag om och när du behöver den?” Svaren på denna fråga framgår av figur 2. Svartalternativen var Ja, absolut; Ja, kanske; Nej, jag måste vara beredd att betala mer ur egen ficka samt Vet inte. På äldreomsorgområdet tror 27 procent att de absolut kommer att kunna få skattefinansierad äldreomsorg som idag, när de behöver den i framtiden. På vårdområdet är motsvarande siffra 37 procent (finns inte på bild). En större tveksamhet kan således noteras när det gäller äldreomsorgen. Hälften av de tillfrågade är osäkra.

Figur 2. En av fyra tror att de behöver betala mer ur egen ficka för äldreomsorg i framtiden

Fråga: Tror du att du i framtiden kommer att kunna få skattefinansierad äldreomsorg som idag om och när du behöver den?



Källa: Svensk Försäkring

27 procent av de tillfrågade tror att de kommer att få den äldreomsorg som de behöver eller efterfrågar. Så många som 42 procent är mer tveksamma men ger ändå uttryck för en positiv inställning. Med tanke på hur bristande resurser uppmärksammas idag och på den kostnadsutveckling för äldreomsorgen som olika bedömare förutspår kan resultatet tyckas förvånande. 25 procent av de tillfrågade tror inte att de offentliga systemen kommer att klara av att ta hand om de framtida behoven utan att individen själv måste betala mer ur egen ficka.

Vem ska ta ansvar för den som är sjuk eller gammal och svag?

En annan viktig frågeställning är hur långt det individuella ansvaret bör sträcka sig. I Välfärdstendens 2013²² har Folksam undersökt hur fackligt

²² Folksams årliga undersökning, Välfärdstendens, om individers attityder kring välfärdssystemen. Undersökningen omfattar ett representativt urval av förvärvsarbete i Sverige mellan 20 och 64 år. I undersökningens resultat framgår också svaren utifrån vilken undergrupp den svarande tillhör, bland annat facklig anslutning.

anslutna löntagare ser på ansvarsfrågan för välfärdsområdet. Drygt två av tio anser att individen har störst ansvar för försäkringskyddet vid arbetsförmåga och pension. Knappt tre av tio att det främst ska ligga på samhället (staten). Det gäller såväl den föregående undersökningen från 2011 som den senare, 2013. När det kommer till synen på ett delat ansvar har det skett en tydlig ökning av andelen tillfrågade som anser att individ, samhälle och arbetsgivare bär samma ansvar för denna trygghet. Det är idag fyra av tio som anser det jämfört med en av tio 2011.

Välfärdstendens 2013 visar vidare att hälften av de tillfrågade tror att vården och omsorgen är sämre i Sverige om 20 år. 30 procent svarar att de är oroliga för att deras föräldrar inte ska få den vård de behöver. Bland kvinnor är siffran 35 procent. En av frågorna i undersökningen är om löntagaren skulle vilja teckna en äldreomsorgsförsäkring²³ om det var möjligt. Nästan tre av tio är intresserade, vilket är något lägre än vid tidigare undersökningar²⁴.

När Länsförsäkringar har undersökt hur det står till med den psykiska hälsan hos anställda och arbetsgivare på mindre företag runt om i Sverige²⁵, framgår att hälften av de anställda anser att det är arbetsgivaren som är ansvarig för att minska de anställdas eventuella ohälsa. Bland arbetsgivarna anser fyra av tio att de bär detta ansvar. Med de välfärdsutmaningar vi står inför kan relationen mellan anställd och arbetsgivare komma att bli allt viktigare.

Svenska folket håller en välfungerande sjukvård högt

I den så kallade Sverigestudiens undersökning under åren 2009–2012 handlade en av frågorna om vilket ord (nationellt önskemål) som de tillfrågade anser bäst beskriver det samhälle de vill ha. Värdeordet ”Håll-

²³ Begreppet äldreomsorgsförsäkring är inte specificerat. Med det avses i undersökningen en försäkring som ger ett skydd vid behov av äldreomsorg, antingen i form av ekonomisk ersättning eller att ett behov tillgodoses.

²⁴ Det är oklart om de lägre siffrorna handlar om ett svalnat intresse, på att panelen är ny i denna undersökning eller har någon annan orsak.

²⁵ Länsförsäkringar (2013), ”*Friskare företag – hur får vi det?*”

barhet” lyftes som mest prioriterat. I studien 2011 gjordes en intressant reflektion på svarsresultaten: ”Hållbarhet har slagit igenom som tydlig trend i det samhälle vi önskar oss, tillsammans med en stark vilja för en förbättrad välfärd. Viljan att ta ett eget ansvar i detta arbete tycks dock saknas. Vi lägger gärna ansvaret för förändringen på någon annan.” Det är ett resultat som kan vara relevant att bära med sig i välfärdsarbetet. Andra, senare undersökningar, visar samtidigt att allmänheten tror att det individuella ansvaret kommer att öka.

I 2013 års studie värderar i stället respondenterna ordet ”långsiktighet” högst, vilket har en liknande betydelse som hållbarhet. De fem värdeord som hamnar i topp är: välfungerande sjukvård, ansvar för kommande generationer, arbetstillfällen, ekonomisk stabilitet samt bevarande av naturen. Detta är bara ytterligare ett exempel på hur centrala frågorna kring välfärdssystemen är och att sjukvården ligger högt i människors medvetande.

Vårdens kvalitet viktigare än vinstfrågan

Mätningar som undersökningsföretaget Novus själva låtit utföra visar att den viktigaste politiska frågan 2013 är sjukvården (och har så varit sedan 2010). På frågorna om vinst anser en majoritet att vinsterna ska regleras. Vidare tycker svenska folket att vården blivit sämre sedan 2010. Av de tillfrågade är 56 procent nöjda med vården och 12 procent mycket nöjda. Cirka 20 procent är missnöjda och 5 procent är mycket missnöjda. Resultaten visar också att kvalitetsfrågor som personalbrist, väntetider och att man inte får den hjälp man behöver är viktigare att hantera än vinstfrågan. Liknande svar är resultatet av en attitydundersökning som de forskande läkemedelföretagens branschorganisation (LIF) låtit utföra under 2013. Assar Lindbeck, professor i nationalekonomi, är också en av dem som anser att det finns mer centrala frågor att ta itu med än ”vinstfrågan”.²⁶

²⁶ I en intervju i NEO nr 3 2013 uttalar sig Lindbeck om vinstfrågan som han anser är ett sidospår.

Få tror att Sverige erbjuder vård i världsklass om fem år

Enligt SEB:s årliga barometerundersökning känner 40 procent av deltagarna i undersökningen inte förtroende för att de ska få vård med hög kvalitet. Lika många att de inte kommer att få vård inom rimlig tid. När det kommer till äldreomsorgsområdet tror 60 procent inte att äldre vården tar hand om dem när de blir gamla. Även om det förekommer vissa regionala skillnader i resultaten av allmänhetens förtroende för välfärdens olika institutioner, konstaterar SEB att uppfattningarna runtom i Sverige är ganska lika.

Resultat från LIF:s årliga attitydundersökning²⁷ visar att bara drygt tre av tio anser att vi i Sverige har tillgång till den mest effektiva och moderna vården i världen. Fler än åtta av tio tror inte att alla svenskar får vård på lika villkor och fyra av tio tror att ojämlikheterna ökat de senaste åren. Nästan alla tror att det finns skillnader inom vården mellan olika landsting. Bara två av tio förmodar att vi kommer att ha tillgång till den bästa vården inom fem år.

Resultaten i de olika undersökningarna indikerar att allt fler tror att den enskildes ansvar kommer att öka. Det finns en viss oro för att finansieringen av vården och omsorgen inte kommer att räcka till för att täcka behoven framöver.

Skattehöjningar, egenavgifter eller försäkringslösningar?

En möjlig finansieringskälla för att hantera de ökande vård- och omsorgskostnaderna skulle kunna vara att höja skatten. Ett motiv till skattefinansierad vård och omsorg är att det ger en omfördelning mellan såväl olika inkomstgrupper som mellan grupper med olika risk.

²⁷Undersökning av Novus på uppdrag av de forskande läkemedelsföretagens branschorganisation (LIF) (Maj 2013), *Kvartalsundersökning – vad tycker svenska folket, sjukvårdspersonalen och beslutsfattarna?* Q2 2013. Riksrepresentativt urval 18–79 år, 1 026 personer besvarade enkätundersökningen.

En alltför hög inkomstskatt riskerar dock dels att minska arbetsutbudet, dels till att minska konsumtionen då den disponibla inkomsten blir lägre. Om konsumtionen minskar innebär det lägre efterfrågan, vilket kan leda till att företagen tvingas dra ned på investeringar och antalet anställda med lägre tillväxt och sysselsättning som följd. Det i sin tur minskar skatteintäkterna, fastän vitsen med skattehöjningen var att öka de samlade skatteintäkterna. Därutöver kan viljan att utbilda sig minska om avkastningen på en sådan investering visar sig bli alltför låg. Vidare möjliggör globaliseringen ökad rörlighet av arbetskraft mellan länder. Det är dock oklart – och i allra högsta grad en politisk fråga – exakt var gränsen för en samhällsekonomiskt effektiv inkomstskattenivå går.

Att försöka öka och komplettera välfärdsfinansieringen med högre egenavgifter, det vill säga betalning ur egen ficka, för att minska trycket i den offentliga vården har den fördelen att det kan minska eventuell överkonsumtion av hälso- och sjukvård. En nackdel är att välfärdssystemet riskerar att bli mer ojämnt. De som saknar ekonomiska förutsättningar kommer att få svårare att få sina grundläggande vårdbehov tillgodosedda.

Att komplettera finansieringen av de offentliga vård- och omsorgssystemen med privat försäkring skulle ur ett samhällsekonomiskt perspektiv kunna bidra till långsiktigt hållbara lösningar. Privat försäkring innehåller drivkrafter till effektiva lösningar. Genom snabb skadehantering samtidigt som insatserna håller en hög kvalitet för att behålla nöjda kunder, skapas förutsättningar för att kunna bedriva långsiktig verksamhet. Det gäller såväl vinstdrivna som ömsesidiga (icke-vinstdrivna) försäkringsföretag.

Sjukvårdsförsäkring som en av lösningarna

Försäkringsmodellen för dagens sjukvårdsförsäkring innebär ofta att den kopplas till andra friskvårdsinsatser på arbetsplatsen, olika paket-

lösningar, och/eller olika hälsovårdstjänster. Att ha en sjukvårdsförsäkring innebär trygghet och kan i sig öka den försäkrades välbefinnande.

Så fungerar dagens sjukvårdsförsäkring

Det finns idag privata sjukvårdsförsäkringar som kompletterar den offentliga vården. De kan tecknas som individuella försäkringar eller gruppförsäkring. Drygt en halv miljon personer i Sverige har en sådan kompletterande försäkring, vilket motsvarar mer än 10 procent av antalet sysselsatta. Knappt 80 procent av sjukvårdsförsäkringarna betalas av arbetsgivaren. Preliminära siffror för tredje kvartalet 2013 visar att antalet personer med sjukvårdsförsäkring fortsätter att öka i stadig takt.

En typisk sjukvårdsförsäkring täcker sjukvårdsrådgivning och vårdplanering med hjälp av erfarna sjuksköterskor, planerad vård samt operation som utförs av privata vårdgivare och specialistläkare samt rehabilitering. Med sjukvårdsförsäkringen kan till exempel långa väntetider för vård och behandling undvikas. På så sätt kan sjukfrånvaron minimeras och kostnaderna hållas nere. Försäkringsföretagen tecknar avtal med privata vårdgivare utanför den offentliga vården.

Det påstående som tidigare ibland hördes i vårddebatten – att sjukvårdsförsäkringen ger de försäkrade vård snabbt och på bekostnad av de som inte har någon försäkring – stämmer inte. Den person som enbart får offentligfinansierad vård får inte sämre vård på grund av att det finns personer som har en privat sjukvårdsförsäkring. Det är de offentliga resurserna som sätter gränsen för vilken vård en patient får och inom vilken tid, inte förekomsten av kompletterande alternativ.

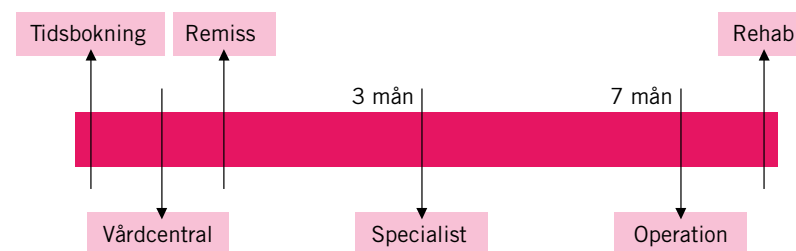
För att illustrera hur sjukvårdsförsäkringen kan fungera i praktiken redovisar vi här två autentiska exempel (där personerna getts fiktiva namn).

Exempel 1

Följande beskrivning är ett exempel på hur vårdkedjan kan se ut när en individ får hjälp via den privata sjukvårdsförsäkringen. Sture, 53 år, har ont i ljumsken och ser vid lättare ansträngning en utbuktning. Om han

går till den *offentliga sjukvården* kan han räkna med att få en besökstid och bedömning inom 1–2 veckor. Vårdcentralen bedömer att Sture har ett ljumskbräck. Han får en remiss till specialist för vidare bedömning och åtgärd på sjukhus. Remissen tas emot efter cirka en vecka och han kallas till specialist på sjukhus för bedömning inom cirka 3 månader. Beslut tas och Sture får en tid för operation om ytterligare 3 månader. Total väntetid tills ingreppet är utfört är cirka 7 månader. Observera att det finns regionala skillnader i väntetid och att skillnaderna också varierar beroende på vad det gäller för vård.

Figur 3. Exempel tidslinje för vårdkedjan vid ljumskbräck i offentlig vård



Vid överbelastning på kliniken, till exempel på grund av brist på vårdplatser med mera, kan operationen skjutas upp eftersom hans tillstånd inte är kritiskt och därmed inte innebär någon fara för liv. Operationen utförs ofta i öppen kirurgi med efterföljande sjukskrivning i cirka 2 veckor. Således är den totala tiden innan Sture är helt återställd cirka 7 ½ månad.

Om Sture har en *sjukvårdsförsäkring* kan han istället ringa sitt försäkringsföretags kundtjänst. En sjuksköterska lyssnar på hans beskrivning av besväret och gör en bedömning av vilken typ av fortsatt vård som är relevant. Bokning av tid till specialist sker ofta direkt och kan vanligtvis erbjudas inom ett par-tre dagar. Den snabba tillgången till sjukvårdsrådgivning och behandling är en målsättning för försäkringsgivaren då det på sikt leder till lägre kostnader och ger nöjdare kunder.

Specialisten bedömer fortsatt vårdbehov och skickar i detta fall en operationsförfrågan till försäkringsföretaget. Sture träffar den läkare som ska utföra operationen vid första besöket, det vill säga inom några dagar. De gör en preliminär bokning av operationstid. En skadehanterare från försäkringsföretaget bemöter offertförfrågan (från läkaren som ska utföra operationen) samma dag. Sture får en tid för operation inom 14 dagar. Operationen görs med laparoskopisk operationsmetod (titthålsoperation), vilket innebär ett mindre ingrepp med samma resultat som vid öppen kirurgi. Sture kan arbeta, gå, bära, och utöva friskvårdsaktiviteter inom 2–3 dagar. Total väntetid tills ingreppet är utfört och rehabiliteringen avklarad är mindre än 3 veckor.

Väntetiden är i fallet med privat sjukvårdsförsäkring väsentligt kortare. Individen får normalt besked om eventuell åtgärd inom några dagar. Även behandling eller operation utförs utan större dröjsmål. En välfungerande och effektiv vårdkedja från första kontakt till slutförd åtgärd underlättar för den försäkrade att återfå arbetsförmågan/tillfriskna. Skälet till den snabba hanteringen från försäkringsgivarens sida är motiven (drivkrafterna) till att hålla nere de totala skadekostnaderna och att bibehålla nöjda kunder.

Exempel 2

Helena jobbar på ett företag där de vanligaste arbetsskadorna består av förslitningar i nacke, axlar och rygg. Bland chefer och administratörer på företaget har stress konstaterats som det största hotet mot hälsan. Helena är en av cheferna och har, liksom alla andra anställda, sedan 2007 haft en sjukvårdsförsäkring som betalas av arbetsgivaren.

Vid ett tillfälle ramlade hon från högre höjd och skadade hälen. Först åkte hon in till sjukhuset där de röntgade hälen och konstaterade att den var krossad. Efter att ha varit inlagd utan åtgärd och utan besked om vad som planerades skrev Helena ut sig själv. Sjukhuset meddelade att det innebar lång väntetid för att få prova ut en rullstol.

Väl hemma ringde Helena telefonnumret via sjukvårdsförsäkringen till en rådgivande sjuksköterska och fick genom denna en tid hos fot-

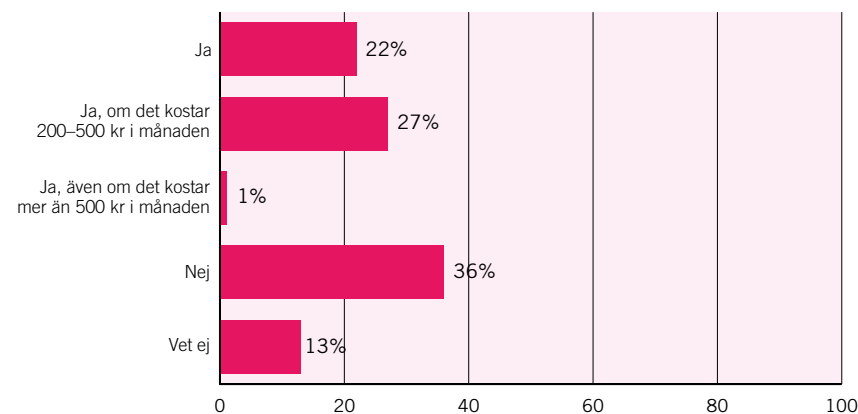
specialist två dagar senare. Hon röntgades direkt och en timme senare fick hon möta en läkare som berättar hur rehabiliteringen skulle komma att se ut. Helena fick också förslag på rullstol som hon kunde använda tills hälen var läkt. Med försäkringen kunde hon återgå i arbete utan onödiga fördröjningar.

Hållbara lösningar och riskfördelning

Försäkringar är konstruerade för att på ett effektivt sätt skydda individer mot olika risker. Oavsett vilka finansieringslösningar som utarbetas på välfärdsområdet, behöver en struktur skapas som skapar rättvända incitament till att hålla nere ohälsan. Privat och offentlig samverkan kan skapa en samhällsekonomiskt effektiv mix för finansiering och tillhandahållande av vård.

I undersökningen som Svensk Försäkring har låtit utföra var en av frågorna om respondenten kan tänka sig att teckna en försäkring för att, när denne har behov av det, ska få specialistvård snabbare (figur 4).

Figur 4. Allmänhetens syn på privat försäkring för snabb specialistvård
Fråga: Kan du tänka dig att teckna en försäkring för att du, när du har behov av det, ska få specialistsjukvård snabbare?



Källa: Svensk Försäkring

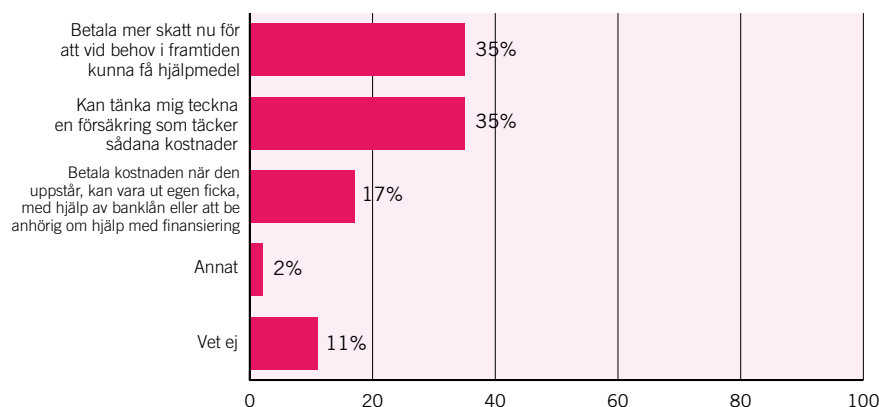
Resultatet åskådliggör att allmänheten är öppen för privat försäkring som kompletterande lösning. Figuren visar att hälften av de tillfrågade kan tänka sig att teckna en försäkring för att vid behov få specialistsjukvård snabbare.

En attitydundersökning²⁸ som YouGov utfört på uppdrag av If visar att fler är negativa än positiva till att sjukvårdsförsäkring erbjuds som ett komplement till den offentliga vården. Samtidigt tror 62 procent att privat sjukvårdsförsäkring kommer att behövas som komplement i framtiden. 78 procent av de svarande såg sjukvårdsförsäkringen som löneförmån som något positivt, men inte avgörande.

När frågan i stället gäller hjälpmedel och vilken kompletterande finansiering den tillfrågade föredrar om de offentliga medlen inte är tillräckliga (figur 5) är det lika många som svarar att de föredrar skattefinansiering som finansiering med hjälp av en försäkring (35 procent vardera).

Figur 5. En av tre kan tänka sig att teckna en försäkring för att täcka kostnader för hjälpmedel

Fråga: Om du skulle behöva olika hjälpmedel, t.ex. en hörapparat för 5 000 kr, och du inte kan få den eller dem finansierade med offentliga medel, vilken finansiering föredrar du för att du ska få detta hjälpmedel även i framtiden?



Källa: Svensk Försäkring

²⁸ Undersökningen, som utfördes under februari 2013, omfattar ett representativt urval av förvärvsarbetande i Sverige. 1 812 personer besvarade enkäten, varav 1 026 fackligt anslutna.

Resultaten visar att betydligt fler vill att finansieringen sköts via skatt eller försäkring än att individen bär risken själv. Bland respondenterna som har en årsinkomst som understiger 200 000 kronor visar resultaten att stödet för skattefinansiering är högre, drygt 40 procent. Bland dem som har en årsinkomst som överstiger 600 000 kronor per år är i stället stödet för försäkringsfinansiering större, 40 procent.

Samverkan för en effektivare vård och bättre medborgarhälsa

Hur får vi då mer pengar till vården och hur får vi mer vård för pengarna? Det är angelägna frågor med tanke på de utmaningar för välfärden som Sverige står inför. Ett sätt att få mer vård för pengarna är att primärvården ökar samarbetet med akutsjukhusen, geriatriken (vård av äldre) samt med den kommunala sjukvården. Detta förutsätter en bra organisation och styrning samt välfungerande ersättningssystem. Ett annat sätt är att underlätta individuell medverkan i den egna hälso- och sjukvården. En tredje sätt är utökad samverkan mellan offentliga system och den privata sektorn.

Utifrån individperspektivet bör varje människa få bästa möjliga förutsättningar till en bra livsstil och att få behålla eller förbättra arbetsförmågan liksom välbefinnandet. Välfungerande vård- och omsorgssystem samt individens personliga ansvar för sin hälsa är viktiga aspekter. Det handlar även om en fungerande arbetsmarknad som erbjuder god arbetsmiljö och möjligheter trots individers skilda förutsättningar (till exempel funktionshinder eller omskolning på äldre dagar). Arbetet med att öka sysselsättningen är oerhört betydelsefullt, både för folkhälsan och för vår framtida välfärd i övrigt.

Ytterligare drivkrafter (än till exempel sjukskrivningsmiljarden) behöver skapas i **landstingens** arbete. Prestationsbaserade ersättningar utifrån resultat i vårdutförande och kvalitetsresultat kan vara sätt att ge erkännande till ett landsting. Motsvarande gäller för kommuner.

När det gäller de olika aktörerna inom de offentliga välfärdssystemen torde primärvården ha en bra överblick över patientens hela situation. Det är därför tänkbart att de skulle kunna ha ett helhetsansvar som samordnare mot de äldre, det vill säga för både sjukvårds- och äldreomsorgsinsatser. Att förbättra organisation, ledning, styrning, tillsyn, uppföljning och utvärdering m.m. behövs som verktyg för att nå ett bättre flyt i verksamheterna och i vissa fall för att hitta incitament till ett förändrat arbetssätt. Samtidigt främjar det kvaliteten i vården och omsorgen.

En mer sammanhållen vård mellan kommuner och landsting och hälso- förebyggande insatser för medborgarna är centralt. För individen handlar det också om att få snabba och korrekta insatser när vårdbehov uppstår. En effektivare hantering av vård och omsorg minskar såväl individens lidande som samhällets kostnader, inte minst inom socialförsäkringssystemet. För att klara finansieringen av äldreomsorgen i framtiden, och för att upprätthålla tilltron till systemet, behöver sannolikt resurser specialdestineras till äldreomsorgen.

Lika tillgång till god offentligfinansierad vård torde vara utgångspunkten även i framtiden. **Försäkringsbranschen** skulle kunna bidra med privata vård- och omsorgsförsäkringar som går in och täcker vissa behov som det offentliga inte tillhandahåller. Det förutsätter dock ett tydliggörande av gränsen för det offentliga åtagandet av vad som behöver tas om hand därutöver. Det måste vara möjligt att hitta risker som är försäkringsbara, att göra en riskbedömning och att hantera alla eventuella ”skadeutfall” som uppkommer. En försäkringslösning på området kan innebära ett åtagande under många år för ett försäkringsföretag. Hur försäkringars roll på välfärdsområdet kommer att se ut i framtiden beror bland annat på ovan nämnda faktorer.

Arbetsgivares behov av friska medarbetare och ökad arbetsförmåga kan främjas genom samarbete, till exempel mellan arbetsgivare – medarbetare – försäkringskassan. Att arbetsgivaren tar ansvar för det hälso-

främjande arbetet är viktigt. Det kan ske genom att erbjuda en god arbetsmiljö med ett gott ledarskap. De kompletterande försäkringar som arbetsgivare tillhandahåller på hälsoområdet kan inte minst framöver öka arbetsgivares drivkrafter att arbeta med hälsofrämjande åtgärder.

Fackliga organisationer bistår i dag olika yrkesgrupper med stöd och utveckling. De erbjuder sina medlemmar försäkringslösningar på hälsoområdet dels i form av inkomstbortfallsförsäkringar, dels sjukvårdsförsäkring. Facken är således på olika sätt och i varierande grad delaktiga i det hälsofrämjande arbetet.

Utförare av vård eller omsorg kan bidra genom att hålla god kvalitet och genom att ledarna entusiasmerar personalen och tydliggör verksamheten genom ledarskapet. Det finns behov av utvärdering och uppföljning av privatiseringar kontra offentlig drift för att se vilka styrkor och svagheter de har samt hur de kompletterar varandra.

Det tar tid att anpassa stora system som välfärdssystemen i en föränderlig värld med nya behov, krav, möjligheter och begränsningar. Det är därför viktigt att påbörja detta arbete i tid för att skapa förutsättningar för politisk förankring.

Referenslista

Folksam. Välfärdstendens 2011 och Välfärdstendens 2013.

If (februari 2013). Attitydundersökning utförd av YouGov.

Katalys (2013). Attitydundersökning utförd av Novus.

De forskande läkemedelföretagen, LIF (maj 2013) Kvartalsundersökning – vad tycker svenska folket, sjukvårdspersonalen och beslutsfattarna?

Länsförsäkringar (2013). Friskare företag – hur får vi det?

SEB (2013). Välfärdsbarometern.

Skandia m.fl. (2013). Sverigestudien.

Socialstyrelsen (2013). Vårdgarantier och kömiljard – uppföljning 2012. SOU 2013:2, Delbetänkande av Patientmaktutredningen.

SOU 2013:44, Ansvarsfull hälso- och sjukvård.

Svallfors S, (2011). Trygg, stöttande, tillitsfull? Svenskarnas syn på socialförsäkringarna, underlagsrapport (S 2010:04) till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

Svensk Försäkring (februari 2013). Attitydundersökning utförd av Novus.

Svenskt Näringsliv (2014). Skattesänkningar och offentliga resurser - Resurser till vård, skola och omsorg.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Positionspapper (2010a).

Sveriges Kommuner och Landsting (2013). Vårdbarometern 2012 – befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården.

Trygg Hansa (juni 2013). Attitydundersökning utförd av YouGov
VINNOVA (2013). Vägar till välfärdsinnovation – Hur ersättningsmodeller och impact bonds kan stimulera nytänkande och innovation i offentlig verksamhet.

5. Slutord

Välfärdsarbetet måste inriktas både på de förbättringsbehov som finns i dag och på att klara välfärden i framtiden. Det handlar om att uppfylla medborgarnas förväntningar på kvalitet samtidigt som systemen är finansiellt hållbara. På kort sikt är effektivisering och mer likvärdig vård angelägna parametrar och bättre funktionalitet i vård- och omsorgssystemen A och O. Det gäller organisation, styrning och ledning i allmänhet och ersättningssystemen i synnerhet.

Det behöver också skapas mer drivkrafter till kvalitet och innovation. Tillsyn och incitamentsstruktur behöver riggas på ett sådant sätt att det lönar sig att agera med hög kvalitet och långsiktig hållbarhet. En annan ”nyckel” för att uppnå förbättringar är att se över bemanning och ledarskap inom vård och omsorg. Vidare bör de tre etiska principerna - människovärdes-, behovs-solidaritets- samt kostnadseffektivitetsprincipen - i större utsträckning fungera som utgångspunkt vid prioriteringar.

För att Sverige ska kunna erbjuda medborgare en framtida välfärd som bättre möter deras behov och förväntningar är det hög tid att beslutsfattare och andra centrala aktörer medverkar till en konstruktiv diskussion om möjliga finansieringslösningar. Det kommer att behövas en kombination av lösningar. De mest centrala, som också är mest fruktbara i ett långsiktigt samhällsperspektiv, är att öka sysselsättningen och att förbättra folkhälsan.

Det behöver också bli tydligare vilka vårdbehov som det offentliga ska ansvara för att tillgodose och finansiera och vilka behov som vilar på individen att själv ta ansvar för. Det kan röra sig om att söka upp lämplig vård, att ta hand om sin hälsa eller att själv finansiera sina vårdkostnader genom sparande, försäkring eller på annat sätt. För att trygga lösningar ska kunna skapas för alla medborgare behöver ansvarsfördelningen mellan det offentliga och den enskilde blir tydligare. Samarbete och samverkan är en naturlig väg till ett fungerande välfärdssamhälle.

Skillnaderna i vårdkvalitet och tillgänglighet mellan olika regioner i Sverige är stora. Samtidigt som det finns nationella riktlinjer för prioritering av vård respektive omsorg innebär självbestämmandeprincipen att landsting och regioner gör olika prioriteringar. En tydligare och mer enhetlig prioritering är nödvändig för att kunna erbjuda likvärdig vård för alla utifrån behov.

Parallellt med arbetet att öka sysselsättningen och att effektivisera olika delar av välfärden, behöver olika möjliga finansieringslösningar tas fram och diskuteras. Vi står inför ett vägval. Finansieringen kan lösas med skatt, egenavgifter, försäkring eller en kombination av dessa. Alla finansieringsformer har sina utmaningar. För att hitta en samhällsekonomiskt effektiv utformning av finansieringen, som också främjar likvärdig vård över landet, krävs ett tydligare offentligt åtagande.



Svensk Försäkring

Svensk Försäkring Box 24043, 104 50 Stockholm Karlavägen 108
Tel 08-522 785 00 Fax 08-522 785 15
www.svenskforsakring.se