UPPDRAG VÄLFÄRD

ENTREPRENÖRSKAPSFORUM • FORES • LEADING HEALTH CARE

VILKEN OJÄMLIKHET ÄR MEST RÄTTVIS?

Patientinflytande och egenavgifter i svensk vård

Anders Anell

Vilken ojämlikhet är mest rättvis?

Patientinflytande och egenavgifter i svensk vård

Anders Anell

UPPDRAG VÄLFÄRD

Vilken ojämlikhet är mest rättvis?
Patientinflytande och egenavgifter i svensk vård
Författare: Anders Anell

Kontakt:
Entreprenörskapsforum
Örebro universitet, 701 82 Örebro
Tfn: 019-33 37 00
E-post: info@entreprenorskapsforum.se

FORES
Bellmansgatan 10, 118 20 Stockholm
Tfn: 08-452 26 60
E-post: brev@fores.se

Stiftelsen Leading Health Care
Box 45180
104 30 Stockholm
Tfn: 08-586 175 00
E-post: info@leadinghealthcare.se

Form: Cecilia Kusoffsky
Sättning: Klas Håkansson, Entreprenörskapsforum
Tryck: Scandbook AB, Falun 2014
ISBN: 91-89301-57-9

Fritt tillgänglig med vissa rättigheter förbehållna
Uppdrag Välfärd syftar till största möjliga spridning av de publikationer som ges ut. Därför kan de laddas ned utan kostnad på vår webbplats www.uppdragvalfard.se. Vår hantering av upphovsrätt utgår från Creative Commons Erkännande-Ickekommersiell-Inga bearbetningar 2.5 Sverige (läs mer på http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/se/). Det innebär i korthet att det är tillåtet att dela, det vill säga att kopiera, distribuera och sända verket, på villkor att Uppdrag Välfärd och författare anges, ändamålet är icke-kommersiellt och verket inte förändras, bearbetas eller byggs vidare på.

Förord

Jämlikhet och rättvisa är två begrepp som står högt upp på agendan i hälso- och sjukvårdsdebatten. Pratar vi dessutom finansiering är vi inne på ett brännhett fält. I denna rapport berörs inte finansieringen av vården som sådan. Vi utgår från och delar uppfattningen att vi i Sverige ska ha en solidariskt finansierad vård. Men en viktig fråga i denna debatt rör patientinflytande. Traditionellt har vi begränsat den frågan till att handla om val av vårdgivare. Däremot förekommer det i dagens verksamheter fall där patienter även kan välja olika former av innehåll i behandlingar och ibland betala för det.

I denna rapport utreder Anders Anell den möjliga rollen för egenavgifter där patienter och brukare får betala merkostnaden för vård som prioriteras bort av huvudmännen. Vi menar att detta är en viktig principdiskussion som vi måste föra. Dels för att alldeles oavsett om vi väljer en väg med eller utan möjlighet till egenavgifter för tillägg till en viss åtgärd alternativt ett helt fixt utbud helt utan val blir konsekvensen någon form av orättvisa i någon dimension. Dels eftersom lösningar med egenavgifter redan används inom vissa vårdområden i vissa landsting. En viktig fråga är om patientinflytande i kombination med egenavgifter motsvarar kraven på jämlikhet och rättvisa i vården.

Rapporten nyanserar diskussionen om privat medfinansiering utifrån flera relevanta vinklingar. För det första är patientinflytande i form av behandlingsval angeläget både ur individens perspektiv och som en del av den allmänna transparensen i hälso- och sjukvårdssystemet. Det är olyckligt om kravet på prioriteringar leder till att vårdgivare undanhåller att informera om behandlingsalternativ som inte ryms inom den offentliga finansieringen. För det andra kan patientinflytande i kombination med egenavgifter gynna en efterfrågestyrd utveckling av innovativa vårdtjänster och produkter. För det tredje tvingar diskussioner kring privat medfinansiering fram en precisering av vad huvudmännen prioriterar inom olika vårdområden. Även om lösningen i sig är kontroversiell är det av stor vikt att sådana diskussioner förs öppet.

Författarens slutsats är att oavsett hur de samtidiga kraven på patientinflytande och prioriteringar hanteras, så leder det till ojämlikheter. Att införa egenavgifter innebär att individers betalningsvilja i högre grad blir styrande. Ökat patientinflytande som inte kombineras med egenavgifter för de behandlingar som huvudmännen prioriterar bort ger sannolikt upphov till brister i den information som ges till patienter. I båda fallen behöver avvägningar göras och den relevanta frågan för framtida diskussioner är därför vilken ojämlikhet som är mest rättvis - eller minst orättvis.

Rapporten är framtagen som en del i forskningsprogrammet Uppdrag Välfärd. Vi tre tankesmedjor som tog initiativet representerar olika forskningsperspektiv. Det är när perspektiven möts som vi verkligen kan säga något meningsfullt om hur en kvalitativ välfärd kan organiseras. Här ges ett perspektiv på patientinflytande och egenavgifter inom vårdområdet. Ytterligare rapporter kommer att belysa såväl andra perspektiv som andra delar av välfärden. Vår förhoppning är att Uppdrag Välfärd ska kunna förändra den svenska diskussionen om välfärden. För välfärden är värd en bättre debatt.

Vi vill tacka Anders Anell som självständigt genomfört studien. Vi vill också tacka alla som har varit delaktiga i arbetet med färdigställandet och forskningsprogrammet Uppdrag Välfärd: våra forskningsledare Maria Adenfelt, Harald Edquist och Anna Krohwinkel, Annemarie Brandt som har hållit samman administrationen, Pernilla Heed, Pernilla Norlin och den kunniga refereegranskaren. Inte minst vill vi tacka referensgruppen, som har kommenterat resultatet och uppmuntrat under arbetets gång och LIF – de forskande läkemedelsföretagen – som finansierat studien.

Stockholm, mars 2014

Andreas Bergström, vice vd FORES
Pontus Braunerhjelm, vd Entreprenörskapsforum
Hans Winberg, generalsekreterare Stiftelsen Leading Health Care

Innehåll

Förord 3
Sammanfattning och slutsatser 7
1. Vad är problemet? 13
Kraven på prioriteringar och patientinflytande ökar 14
När patienters önskemål inte motsvarar landstingens prioriteringar 16
Lösningar existerar redan, men på oklara grunder 18
Rapportens fortsatta disposition 19
2. Ökade möjligheter att välja vårdgivare – en översikt 21
Vårdval i primär- och specialistvård 22
Förbättrade valmöjligheter inom EU/EES 24
Nya valmöjligheter nationellt efter Patientmaktsutredningen 27
Utökade valmöjligheter, för de som vill och kan betala 28
3. Vill patienter ha inflytande över valet av behandling? 31
Preferenserna varierar 31
Önskemål om delat beslutsfattande bekräftas av internationella studier 34
Konsekvenserna av ökat inflytande över val av behandling 36
4. Möjligheter att välja behandling enligt hälso- och sjukvårdslagen 41
Nya villkor med utredningen *Patienten har rätt* 41
Vad tillför Patientmaktsutredningen? 43
5. Privat finansiering i svensk vård - en översikt 45
Privat finansiering av hälso- och sjukvård internationellt 46
Sjukvårdsförsäkringar i olika former 46
Avgifter i olika former 48
Utvecklingen av frivilliga sjukvårdsförsäkringar i Sverige 50
Avgifter i svensk hälso- och sjukvård 52
6. Fallstudier: Multifokal lins vid kataraktoperationer (grå starr) och fritt val av hörapparat 55
Multifokal lins vid kataraktoperation (grå starr) 55
Fritt val av hörapparat 60
Vilka lärdomar kan dras av fallen? 67
7. Alternativa lösningar och dess konsekvenser 69
Ett illustrativt exempel 71
Principer för egenavgifter 75
Hur stämmer olika lösningar med Riksdagens riktlinjer för prioriteringar? 81
Hur främjar olika lösningar innovationer i vården? 82
8. Pandoras ask? 85
Referenser 89
Om forskningsprogrammet Uppdrag Välfärd 92

Sammanfattning och slutsatser

Det ställs allt högre krav på patientinflytande i vården samtidigt som kraven på prioriteringar ökar. Även om patientinflytande kan bidra till förbättrad hälsa och lägre kostnader kan det i andra sammanhang finnas en motsättning i förhållande till kravet på prioriteringar. Enskilda patienters önskemål om viss behandling eller insats måste ibland stå tillbaka till förmån för mer prioriterade behov. Det kan leda till minskat förtroende för vården. En del patienter skaffar sig önskad behandling genom privat vård, eller genom påstridighet så att det som önskas fås i offentligt finansierad vård. En delvis ny roll för egenavgifter där patienter och brukare får betala merkostnaden för önskad vård som prioriterats bort av landstingen kan vara en lösning. Många reagerar dock instinktivt på att en sådan lösning inte motsvarar kraven på jämlikhet och rättvisa i vården.

Ökad patientmakt och val av vårdgivare

Hittills har genomförda förändringar när det gäller ökad patientmakt främst handlat om ökade möjligheter att välja vårdgivare. Vårdval har införts främst i primärvården men även inom övrig specialiserad vård i en handfull landsting. Hösten 2013 antogs en ny lag som förbättrade möjligheterna att välja vård i annat EU land. Det finns också lagförslag om förbättrade möjligheter att välja primärvård och öppen specialistvård nationellt fr o m 2015. Även om detta inte diskuteras mycket finns det en koppling mellan dessa beslut och individers privata finansiering. Nationella valmöjligheter i syfte att främst få vård snabbare förutsätter

att patienten själv betalar reskostnaderna. Vårdval inom EU förutsätter att patienten betalar reskostnader men också eventuella merkostnader jämfört med samma vård i det egna landstinget. Antalet patienter som söker finansiering för vård i andra EU-länder ökar förhållandevis snabbt, men är mycket ojämnt fördelat mellan landstingen. Skåne och Stockholm svarar för 70 procent av antalet fall år 2012. EU-vård tycks i praktiken också utnyttjas för att få finansiering för sådan vård som prioriteras lågt av landstingen, dvs som ett sätt att kringgå landstingens mjuka riktlinjer för prioriteringar.

Vill patienter ha inflytande över valet av behandling?

De allra flesta individer, och främst de äldre, vill ha möjligheter att välja vårdgivare. Preferenserna när det gäller inflytande över valet av behandling är mer varierande. Många vill vara passiva och överlåta besluten till läkare, särskilt bland äldre. Det finns även en samvariation med socioekonomiska faktorer (högre utbildade vill ha mer inflytande) och förtroendet för vården (de som har lägre förtroende vill ha mer inflytande). En generell utveckling mot ökat patientinflytande gällande val av behandling kan därför gynna socioekonomiskt starka samt yngre individer. Det finns, allt annat lika, större risk för skillnader när det gäller inflytande över valet av behandling jämfört med val av vårdgivare, eftersom preferenserna i det förra fallet är så varierande.

Vad blir effekterna?

Patientinflytande har ofta setts som oproblematiskt eftersom tidiga experiment med olika beslutsstöd visade att patienter, när de fick alternativ, inte sällan valde bort mer omfattande behandlingar. Patienter gjorde helt enkelt andra bedömningar än läkarna när det gäller t ex risker. Det kan också finnas positiva effekter av inflytande på hälsoutfall, vilket leder till minskade kostnader på sikt. Men, det är lätt att hitta exempel där inflytande över valet av behandling, vårdtjänst eller produkt kan verka kostnadsdrivande. En aktuell studie i USA, publicerad i JAMA år 2013, visade samvariation mellan längre vårdtider och högre vårdkostnader respektive preferenser för mer inflytande över valet av behandling.

Effekter av patientinflytande kan också påverkas av vårdgivares incitament. Om vårdgivare har starka incitament till kostnadskontroll (dvs incitament att välja billigare behandlingar, läkemedel, insatser etc) kan patientinflytande öka kostnaderna. Om vårdgivare däremot har incitament att öka volymen av vård (genom betalning per åtgärd) kan

patientinflytande på samma sätt leda till minskade kostnader. I svensk vård, med en lång tradition av fasta budgetar och kostnadskontroll, skulle en generell utveckling mot ökat patientinflytande vid val av behandling därför snarast kunna leda till ökade kostnader.

Vad säger hälso- och sjukvårdslagen om patienters inflytande?

Hälso- och sjukvårdslagen ger sedan 1998 stöd för att individer ska få information om alla behandlingsalternativ som finns. Landstingen kan dock begränsa valet till de behandlingar som bedöms som kostnadseffektiva. Den senare formuleringen i lagen innebär att patienternas valmöjligheter begränsas, vilket också är syftet. Formuleringen innebär också att vårdgivare i praktiken får svårt att leva upp till kraven på information om behandlingsalternativ. Det är inte troligt att vårdgivare informerar om behandlingsalternativ som är bortprioriterade. Information ges bara om de behandlingsalternativ, vårdtjänster och produkter som finansieras och som kan komma ifråga för patienten. Den nya Patientmaktsutredningen föreslog inga förändringar i ovanstående villkor. Liksom i tidigare utredningar ligger individers "logistiska" möjligheter att välja vårdgivare i fokus.

Privat finansiering i svensk vård och egenavgifternas roll

Ur ett internationellt perspektiv har Sverige en liten andel individer med privat sjukvårdsförsäkring. Antalet ökar dock snabbt och motsvarar redan ca 12 procent av antalet sysselsatta. Eftersom vårdgivare som ersätts av privata försäkringsbolag har andra ekonomiska incitament (bl a mindre fokus på kostnadskontroll genom ersättning per besök och åtgärd) erbjuds sannolikt även andra vårdtjänster och produkter och inte enbart en mer tillgänglig vård. Det finns en lägre tröskel för tillgång till specialistläkare, men även till olika former av diagnostik och behandling.

Avgifter i svensk vård är varken höga eller låga ur ett internationellt perspektiv. Snarare är avgifter i samband med besök är vanligare och högre än i många andra länder. Det statligt reglerade högkostnadsskyddet skyddar dock individer från höga kostnader till skillnad från många andra länder där individer tecknar privata försäkringar för att uppnå liknande skydd.

Beslut om avgifter i svensk vård när det gäller konstruktion och nivå fattas både nationellt och av landsting/kommuner. Inom främst hjälpmedelsområdet finns stora variationer när det gäller avgifter som brukare

får betala. Inom främst tandvården men även för läkemedel och hjälpmedel är patientinflytande kombinerat med egenavgifter.

Två fallstudier

I rapporten diskuteras två fall där patientinflytande kombinerats med egenavgifter: multifokal lins vid kataraktoperation (grå starr) samt hörapparater. Både kataraktoperation och utprovning av hörapparat är mycket vanligt och förutspås öka i takt med att det blir allt fler aktiva äldre i samhället. I båda fallen är patientinflytande över valet av lins respektive hörapparat relevant samtidigt som det finns produkter med olika egenskaper och pris att välja mellan. Det är dock få landsting som tillåter patienter och brukare att välja fritt och betala merkostnaden i förhållande till landstingens prioriteringar. Fallen, som beskriver förutsättningar i Stockholm respektive Region Skåne, visar att det går att kombinera patientinflytande och egenavgifter, vilket får betydelse för hur många patienter och brukare som får tillgång till alternativa produkter. Fallen indikerar även att vårdgivares incitament för informationsspridning har betydelse för utfallet.

Alternativa lösningar och konsekvenser

Det finns olika alternativ när det gäller hur krav på ökat patientinflytande och prioriteringar kan hanteras i framtiden:

- Oförändrade villkor jämfört med idag, dvs kraven på prioriteringar och ökat patientinflytande hanteras separat ("muddling through")
- Strikta prioriteringar där patienter som önskar alternativ behandling som inte prioriteras hänvisas till den helt privata sjukvårdsmarknaden
- Patientinflytande i kombination med egenavgifter för de patienter som önskar alternativ behandling som inte prioriteras

Ökat patientinflytande i kombination med egenavgifter leder till ojämlikheter – alla får inte tillgång till samma vårdtjänst/produkt – men det gör även de andra alternativen. Den relevanta frågan är därför vilken ojämlikhet som är mest rättvis (eller minst orättvis).[1] I ett exempel i rapporten illustreras hur en utökad roll för egenavgifter i hälso- och sjukvården kan uppfattas som mer rättvist. Patientinflytande genom egenavgifter för

1. Liknande resonemang har framförts av bl.a. Rosen P. Frihet, jämlikhet, kunskap – patientinflytandets villkor. I Anell A, Rosen P. (1996) Valfrihet och jämlikhet i vården. SNS Förlag.

det som landstingen inte prioriterar kräver inte heller några förändringar i Riksdagens riktlinjer för prioriteringar i vården. Det är däremot svårare att se hur Riksdagens beslut ska kunna följas med oförändrade villkor, dvs om kraven på prioriteringar och ökat patientinflytande hanteras separat som om de aldrig stod i konflikt med varandra. Ökat patientinflytande som inte kombineras med egenavgifter för de behandlingar som landstingen prioriterar bort ger sannolikt upphov till brister i den information som ges till patienter. Mjuka riktlinjer för prioriteringar innebär även risk att påstridiga patienter kan få sin vilja igenom, vilket i så fall leder till socioekonomiska ojämlikheter inom den offentligt finansierade vården.

Beredskapen att acceptera en ny roll för egenavgifter som kopplas samman med patientinflytande varierar förmodligen med problemets inramning. Det är fler som kan acceptera ojämlikheter utifrån individers betalningsvilja om det handlar om hörapparater än om det handlar om val mellan behandlingar som lindrar smärta eller ger ökad överlevnad. Det finns därför anledning att försöka utveckla kriterier för när patientinflytande kan kombineras med egenavgifter. I rapporten lyfts i första hand tre kriterier fram: individuell autonomi (som möjliggör patientinflytande), externa effekter (dvs att inte andra patienter eller brukare drabbas negativt) samt typ av effekt (t ex högre acceptans för egenavgifter som avser livsstilsförbättringar).

Patientinflytande i kombination med egenavgifter kan gynna en utveckling av innovativa vårdtjänster och produkter. Tillverkare av produkter behöver köpare som är intresserade av det "senaste och bästa" för att driva utvecklingen vidare. Om det enbart är pris till hyfsad kvalitet och prestanda som står i fokus inriktas innovationerna på att sänka kostnader i produktionen, snarare än att ta fram nya bättre produkter.

Även vårdgivare kan ha nytta av att några patienter och brukare går före och efterfrågar det som landstingen prioriterat bort. Audionomer tappar i kompetens utan erfarenhet av att prova ut de mer avancerade hörapparaterna. Det är dessa som i framtiden kommer att utnyttjas av de flesta. Motsvarande gäller kirurgers erfarenheter av olika linser i samband med kataraktkirurgi. Om inte vårdgivarna får prova det som är nytt kan de bli en del av problemet. Tekniken finns och även beredskap att betala för den. Men vårdgivarna saknar kompetensen eftersom de fokuserat på användning av den äldre teknologi som prioriterats av landstingen.

Pandoras ask?

En generell invändning mot ökat patientinflytande i kombination med egenavgifter är att principen är en "Pandoras ask". När principen väl accepteras inom ett område blir det enklare att acceptera principen även på nästa område. De lösningar med patientinflytande och egenavgifter som diskuteras i rapporten existerar dock redan. Det finns en rad exempel där patienter och brukare kan betala extra och få tillgång till alternativa vårdtjänster och produkter. Det är därför angeläget att reda ut vilka gemensamma principer som ska gälla i framtiden.

Idag varierar besluten om egenavgifter godtyckligt mellan olika områden och mellan landsting och kommuner. Ibland finns till synes godtyckliga skillnader inom ett och samma landsting. Oftast ses egenavgifter som ett sätt att minska efterfrågan på vård och som ett bidrag till vårdens finansiering. Få har dock diskuterat hur egenavgifter hänger samman med patientinflytande.

I syfte att ge stöd till en ny syn på egenavgifter i vården kan det även spekuleras kring förändringar i hälso- och sjukvårdslagen. Landstingen skulle kunna bli skyldiga att erbjuda vårdtjänster eller produkter som prioriterats bort, om patienter är beredda att betala merkostnaden och då särskilda skäl inte talar emot. En sådan möjlighet skulle leda till diskussioner och debatt om varför inte ALLA ska få del av nya behandlingar inom prioriterade områden. Inom andra områden som avser livsstilsförbättringar kan det upplevas som helt rimligt att patienter får betala extra. En möjlig effekt av en sådan lagändring skulle vara ökade resurser till de områden som verkligen är prioriterade, där det är mest pinsamt för beslutsfattare att avslöja att de inte har råd med det bästa. Det behöver inte vara fel. Men det innebär samtidigt att det blir mer angeläget att prioritera bort områden som är mindre viktiga att finansiera med gemensamma resurser.

Vad är problemet? 1

Hälso- och sjukvården utgör en stor andel av svensk ekonomi – ungefär tio procent uttryckt som andel av bruttonationalprodukten (BNP) – och kan förknippas med flera konkurrerande målsättningar. Viktiga mål sett ur enskilda patienters perspektiv är att det är enkelt att få kontakt med vårdgivare och att den vård som ges är så bra som möjligt sett till patientsäkerhet, kvalitet och upplevd nytta. Men eftersom vården i huvudsak finansieras via skatt måste även insatsernas totala nytta och värde bedömas. Ett sådant samhälleligt perspektiv innebär att mål så som kostnadseffektivitet för de behandlingar som erbjuds samt kostnadskontroll så att skatteintäkter och vårdutgifter balanseras blir viktiga. Ett annat viktigt samhälleligt mål är att vårdtjänsterna fördelas i befolkningen utifrån skillnader i behov och sjukdomars svårighetsgrad. I ett samhälleligt perspektiv är det inte säkert att en behandling kan motiveras även om enskilda individer upplever att de skulle ha nytta av den.

Den här rapporten anknyter till frågeställningen om hur enskilda individers och samhälleliga mål kan balanseras. En sådan balans blir allt mer angelägen i takt med att det ställs högre krav på individuellt inflytande i vården samtidigt som behoven av att prioritera hur de gemensamma resurserna ska användas ökar. Mer specifikt diskuteras hur ökat patientinflytande kan kombineras med egenavgifter och hur sådana lösningar svarar mot ideal i form av jämlikhet och rättvisa i vården. Under senare tid har flera andra rapporter efterfrågat mer enhetliga principer för hur egenavgifter ska användas och utformas i vården.[2] Bakgrunden är då i

2. Carlsson P, Tinghög G. (2013) Läkemedel. När är det rimligt att betala själv? SNS Förlag; Annika S, Andersen T, Roine J. (2014) Konjunkturrådets rapport 2014. Hur får vi råd med välfärden? SNS Förlag.

första hand att egenavgifter kan dämpa efterfrågan på vård och på så sätt bidra till lösningar på vårdens långsiktiga finansieringsproblem. I den här rapporten är perspektivet delvis annorlunda. Den viktigaste slutsatsen är att det är svårt att främja ett ökat patientinflytande när det gäller val av behandling, utan att kombinera den utvecklingen med en delvis ny roll för egenavgifter.

Kraven på prioriteringar och patientinflytande ökar

Under senare årtionden har behovet av prioriteringar inom offentligt finansierad vård blivit allt mer uppenbart. Detta behov förklaras av medicinska landvinningar och en ökad andel äldre, men kanske främst av begränsade möjligheter att finansiera en expansion av sjukvården genom högre skatt. Behovet av prioriteringar innebär i praktiken att enskilda patienters önskemål om att få viss behandling eller insats ibland får stå tillbaka till förmån för samhälleliga mål. Det kan handla om att vissa behandlingar eller insatser inte alls tillhandahålls inom offentligt finansierad vård, eftersom de anses ha för dålig kostnadseffektivitet. Individer med lindriga behov kan också få vänta längre på behandling till förmån för patienter med svårare sjukdom. Behovet av prioriteringar i vården kommer inte att minska under överskådlig tid. Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS) konstaterar i Konjunkturrådets rapport 2014 att Sverige står inför betydande utmaningar när det gäller den framtida finansieringen av välfärden.[3] Sett enbart till behovet av prioriteringar av offentliga resurser finns skäl att anta att utrymmet för individuellt patientinflytande snarast kan komma att minska i framtiden.

Parallellt med diskussioner om prioriteringar finns en växande övertygelse om att det behövs mer av individuell valfrihet, patientcentrering och patientinflytande i vården. En historisk brytpunkt för svenskt vidkommande var den s k Maktutredningens slutrapport år 1990[4] som påtalade stora brister i befolkningens valmöjligheter och inflytande i vården. Vid den tiden påbörjades också flera valfrihetsreformer i landstingen. I första hand har målet om god tillgänglighet till vårdgivare fokuserats genom att befolkningen getts ökade möjligheter att välja vårdgivare genom avtal mellan landsting, satsningar på att få vård inom viss tid (vårdgaranti i olika former) samt införande av vårdvalssystem inom främst primärvården.

3. SNS (2014) Konjunkturrådets rapport 2014. Hur får vi råd med välfärden? SNS Förlag.
4. SOU (1990:44) Demokrati och makt i Sverige.

Förbättringar gällande patienters inflytande över vårdens innehåll har inte fått samma uppmärksamhet. Detta förhållande uppmärksammades redan 1992[5] av den amerikanska professorn Richard Saltman som under lång tid intresserat sig för hälso- och sjukvårdsreformer i Sverige:

> *"I praktiken har producentperspektivet kommit att dominera valfrihetsdebatten, som i huvudsak handlat om vårdgivares etableringsfrihet och villkoren för patienters "logistiska" val av vårdgivare…. Valfrihet i termer av att ge patienterna mer information och inflytande i behandlingssituationen har till stor del ignorerats."*

De formella kraven på individuellt anpassad information till patienter och möjligheterna att välja behandling och få en "second opinion" vid allvarlig sjukdom har förvisso utvecklats genom förändringar i hälso- och sjukvårdslagen år 1998, vilket kommer att diskuteras närmare senare i rapporten. Politikens fokus på patienters "logistiska" val av vårdgivare har dock kvarstått även efter år 2000, t ex genom införandet av olika vårdvalssystem. Intresset för andra former av patientcentrering och patientinflytande ökar dock, vilket är ett av motiven bakom denna rapport. Myndigheten för Vårdanalys har låtit en internationell expertgrupp utvärdera graden av patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård.[6] Enligt slutsatserna finns ofta brister när det gäller att informera patienterna och att skapa delaktighet utifrån patienters individuella behov och preferenser.

Ett övergripande argument för ökat patientinflytande är att befolkningen och patienter i många fall efterfrågar sådana egenskaper hos vården. Det kan därför anses viktigt att utveckla vården i denna riktning så att förtroendet och legitimiteten för verksamheten bevaras. Så långt kan nog också de flesta politiker och beslutsfattare vara överens. Däremot skiljer sig uppfattningarna när det gäller synpunkter på lämpliga sätt att uppnå mer patientinflytande. Det förklaras bl a av att "patientinflytande" är ett mångfacetterat begrepp som kan ha olika innehåll och betydelse. Det kan avse logistiska val av vårdgivare men även inflytande gällande vård. Inflytande när det gäller vård kan i sin tur vara representativt, t ex genom påtryckningar från patient- och anhörigföreningar, eller utgå från

5. Saltman R. (1992) Patientmakt över vården. SNS Förlag.
6. Vårdanalys (2013) Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård – en extern utvärdering. Myndigheten för Vårdanalys: Stockholm.

individerna själva. Inflytandet kan handla om att patienten är informerad om sin sjukdom och de behandlingar som ges, men även omfatta delaktighet i de kliniska besluten.

I den här rapporten används patientinflytande i betydelsen att patienter är informerade och har möjligheter att välja mellan alternativa behandlingar. Den formen av patientinflytande har inte varit lika politiskt omdebatterad som inflytande i form av val av vårdgivare.

I likhet med det som gäller för val av vårdgivare kan olika argument föras fram som stöd för att patienter ska få information och inflytande över valet av behandling. För det första kan tillgång till individuellt anpassad information om den egna sjukdomen och de behandlingsalternativ som finns anses rimligt utifrån etiska utgångspunkter. Det finns i så fall ett värde i sig av sådan information, även om konsekvensen är att vårdkostnaderna ökar genom mertid som måste ägnas åt patienterna. Ett instrumentellt argument som framförts är att ökad delaktighet från patienternas sida är bra för utfallet av vården. Om läkare och patient är överens om vilka insatser som ska sättas in ökar sannolikheten för att patienten själv kan bidra så att resultatet blir så bra som möjligt. På så sätt skulle också kostnaderna för patienter med kroniska sjukdomar på sikt kunna minska. Det är inte sällan denna positiva och tämligen oproblematiska sida av ökat patientinflytande lyfts fram i olika policydokument. Mer sällan diskuteras möjliga konflikter mellan ökat patientinflytande och behovet av prioriteringar, att patienterna genom sin delaktighet kan önska mer från vården än vad resurserna räcker till. Ökat patientinflytande antas istället ofta gå hand i hand med kraven på prioriteringar. Detta antagande passar väl med politikers ovilja att försvara öppna prioriteringar. Ökat patientinflytande i kombination med egenavgifter om patienterna vill ha något extra innebär i praktiken en ökad transparens när det gäller vård och insatser som inte finansieras genom offentliga medel.

När patienters önskemål inte motsvarar landstingens prioriteringar

En fortsatt utveckling mot ökat patientinflytande kan i många fall ge bättre hälsoutfall och minska de långsiktiga kostnaderna. Intuitivt är det också enkelt att förstå att ökat patientinflytande kan kollidera med samhälleliga önskemål om kostnadseffektivitet, kostnadskontroll och vårdresursernas fördelning i befolkningen. Om en grupp patienter önskar sig mer av de gemensamma resurserna kommer det oundvikligen att få negativa

konsekvenser för de resurser som finns tillgängliga för andra patienter. I svensk hälso- och sjukvård finns, liksom i flera andra OECD-länder, starka ideal om jämlikhet och rättvisa i vården. Det tas för givet att alla bidrar solidariskt till vårdens finansiering och att gemensamma resurser fördelas utifrån skillnader i patienters behov. Det framgår också av den etiska plattform som Riksdagen fattade beslut om år 1997 och som ska styra de prioriteringar som görs i hälso- och sjukvården (se faktaruta nedan). Det finns förvisso många brister när det gäller behovsfördelningen i praktiken. De öppna jämförelser som redovisas gemensamt av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visar regelmässigt på skillnader i den vård som ges av olika landsting och sjukhus. Likafullt är jämlikhet och rättvisa ett ideal med stark förankring hos beslutsfattare och hos befolkningen. Om jämlikhet och rättvisa värderas högt fordras åtminstone ett visst mått av återhållsamhet hos enskilda individer, dvs ett begränsat patientinflytande när det gäller användningen av gemensamma resurser.

Den etiska plattformen för prioriteringar i vården omfattar tre principer som rangordnas enligt följande:
1) Människovärdesprincipen. Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
2) Behovs- och solidaritetsprincipen. Resurserna bör i första hand fördelas till de områden (verksamheter, patienter) där behoven är störst.
3) Kostnadseffektivitetsprincipen. En rimlig relation mellan kostnader och effekt (mätt i hälsa och livskvalitet) bör eftersträvas vid val mellan verksamhetsområden eller åtgärder.
Rangordningen innebär exempelvis att svåra sjukdomar går före lindrigare, även om svårare tillstånd kostar mer. Det är oförenligt med principerna att generellt låta behoven stå tillbaka på grund av patientens ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska förhållanden.

Källa: Socialstyrelsen.

En mycket central fråga vid en fortsatt utveckling mot ökat patientinflytande är hur vårdgivare ska agera när patienters önskemål inte stämmer med landstingens prioriteringsbeslut. Poängen med patientinflytande är att vården ska anpassas till individens preferenser och önskemål som patienterna

själva ser det. Det är förstås inga problem när patienterna inte alls önskar sig det som vårdgivare kan bidra med eller nöjer sig med ett kostnadseffektivt alternativ enligt landstingens prioriteringar. Ökat patientinflytande är inte heller några problem om innebörden avgränsas till att patienter ska få information om sin sjukdom och den behandling som landstingen tillhandahåller. Men vad bör göras om patienten önskar sig mer eller vill ha en behandling som landstingen inte prioriterar? Ska patienter som är pålästa och tillräckligt påstridiga ändå få det de önskar, eller bör det konsekvent hänvisas till att patienten får betala själv på den privata marknaden? Eller ska patienten erbjudas det som önskas i utbyte mot extrakostnaden för landstinget? Det är den typen av frågor som är rapportens utgångspunkt. Det innebär också att frågan om ökat patientinflytande blir ideologiskt laddad eftersom den hänger samman med inställningen till privat finansiering genom egenavgifter.

Om ökat patientinflytande kombineras med egenavgifter följer att inflytandet helt säkert kommer att utnyttjas i olika grad beroende på patienters betalningsvilja och betalningsförmåga. Med en fortsatt ökad inkomstspridning i samhället kan sådana skillnader i utnyttjandet komma att öka ytterligare. Å andra sidan kan hävdas att ökat patientinflytande sannolikt kommer att utnyttjas i olika grad även om det inte kombineras med egenavgifter. Beroende på hur väl informerade och påstridiga patienter är går det att ställa mer eller mindre stora krav på vården. Ska då dessa önskemål tillgodoses, i så fall på bekostnad av de gemensamma resurser som finns för annan vård, även om önskemålen inte kombineras med egenavgifter? Och vad är egentligen mest jämlikt och rättvist? Oavsett om ökat patientinflytande kombineras med egenavgifter eller inte finns skäl att diskutera konsekvenserna för jämlikheten och rättvisan. Innehållet i denna rapport blir på så sätt även relevant för dem som absolut inte kan tänka sig att kombinera patientinflytande med egenavgifter.

Lösningar existerar redan, men på oklara grunder

De frågor som diskuteras i rapporten är inte nya. År 1996 publicerade SNS en antologi där inbjudna författare diskuterade olika aspekter på valfrihet och jämlikhet i vården.[7] Året därpå publicerades även en debattartikel i Läkartidningen om kopplingen mellan ökat patientinflytande och

7. Anell A, Rosén P. (1996) Valfrihet och jämlikhet i vården. SNS Förlag.

egenavgifter.[8] Bakgrunden var den nya lagstiftning som introducerades genom utredningen *Patienten har rätt*.[9] Utveckling i vården sedan dess gör att frågorna på sätt och vis är mer relevanta nu än under mitten av 1990-talet.

Sett ur befolkningens perspektiv finns redan idag många möjligheter att få mer patientinflytande mot att betala extra. En del av dessa möjligheter har landstingen eller kommuner fattat beslut om, andra möjligheter har tillkommit efter nationella beslut. Störst möjligheter att få andra självfinansierade vårdtjänster eller produkter finns inom tandvården, inom hjälpmedelsområdet och för läkemedel som inte subventioneras. Men det finns också bättre möjligheter idag att söka vård inom EU mot betalning av reskostnader och eventuell merkostnad jämfört med vad samma vårdtjänst skulle kostat i det egna landstinget. Parallellt med förändringar inom den offentligt finansierade vården har också marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar vuxit kraftigt, om än från en mycket låg nivå. Denna marknad erbjuder ytterligare möjligheter att välja bort den vård som erbjuds av det egna landstinget, förutsatt att det bekostas av individen själv.

De vårdtjänster och produkter som olika individer har tillgång till är således redan idag beroende av betalningsförmågan hos individer (eller deras arbetsgivare). Det är inte nödvändigtvis detsamma som att vården uppfattas som orättvis. Om det är rättvist eller inte att det går att få mer vård mot extra betalning påverkas av hur rättvisa definieras. Men det kan också ha betydelse hur alternativen ser ut. Om välinformerade och påstridiga ändå ges mer vård än andra kan det uppfattas som mer rättvist att de också får betala för det. Uppfattningar kan också påverkas av vilken vård som avses, om den är livsnödvändig och avser allvarlig sjukdom eller syftar till att lindra måttliga besvär eller öka livskvaliteten hos de som redan har det ganska bra. Det finns således all anledning att försöka reda ut vilka alternativ som kan formuleras och de olika alternativens konsekvenser.

Rapportens fortsatta disposition

Rapportens fortsatta disposition omfattar sammanlagt sju kapitel. I kapitel två sammanfattas utvecklingen vad gäller ökade möjligheter att välja vårdgivare, vilket är den form av ökat patientinflytande som politiker och

8. Anell A. (1998) Ökat patientinflytande förutsätter nya avgifter. Kommentar till betänkande från HSU 2000: Läkartidningen; 95(13): 1375-1378.
9. SOU (1997:154) Patienten har rätt.

andra beslutsfattare ägnat mest uppmärksamhet. I första hand studeras de delar av utvecklingen där ökade valmöjligheter kombinerats med att patienterna själva ansvarar för merkostnaderna, vilket har tydligast koppling till den fråga som behandlas i rapporten. Det gäller t ex möjligheterna att söka vård i annat EU-land där individer själva svarar för reskostnader och eventuella merkostnader jämfört med kostnaden för samma vårdtjänst i det egna landstinget.

I kapitel tre till sju diskuteras förutsättningar för ökat patientinflytande när det gäller val av behandling, liksom möjligheterna att kombinera sådant inflytande med individuellt ansvar för vårdens finansiering. I kapitel tre besvaras frågan om i vilken grad patienter önskar sig mer inflytande när det gäller val av behandling enligt de empiriska studier som gjorts. I korthet varierar uppfattningarna bland patienter och beroende på sammanhang. Fler är skeptiska jämfört med val av vårdgivare som de allra flesta efterfrågar. Det innebär att beslut om att främja patientinflytande sannolikt kommer att utnyttjas i olika grad i befolkningen, bl a beroende på individers ålder och socioekonomiska faktorer. I kapitel fyra redovisas hur svensk lagstiftning ser ut när det gäller möjligheter att välja bland alternativa behandlingar och vilka problem som kan formuleras med denna utgångspunkt. I korthet kan sägas att lagen ställer stora krav på information till patienterna, som vårdgivarna i praktiken har svårt att leva upp till. Kapitel fem diskuterar de olika lösningar som finns idag där privat finansiering i olika former kopplats samman med ökat patientinflytande. Det gäller både lösningar som skapats genom politiska beslut på olika nivåer och lösningar som utvecklats på den privata marknaden. I kapitlet redovisas också en jämförelse med andra länder när det gäller betydelsen av olika former av avgifter och frivilliga försäkringar. Kapitel sex beskriver två fallstudier där ökat patientinflytande kopplats samman med individuellt ansvar för finansieringen genom beslut i landstingen. Det gäller dels val av s k multifokal lins vid kataraktoperationer (dyrare lins vid starroperation som minskar beroendet av glasögon), dels fritt val av hörapparater.

I kapitel sju och åtta diskuteras vilka kriterier som kan användas som underlag för beslut om ökat patientinflytande i kombination med egenavgifter samt hur olika lösningar svarar mot bl a ideal om jämlikhet och rättvisa i vården.

Ökade möjligheter att välja vårdgivare – en översikt

2

Sammanfattningsvis har svenska medborgare ganska omfattande möjligheter att välja mellan olika vårdgivare. Genom en förändring i hälso- och sjukvårdslagen finns sedan år 2010 möjligheter för individer att välja fritt mellan olika godkända vårdgivare i primärvården. Pengarna ska följa individers val och privata vårdgivare som klarar landstingens krav kan etablera sig var de vill i landstinget. Främst i Stockholm finns motsvarande valmöjligheter inom de vårdvalssystem som införts i specialiserad vård. Sedan första oktober 2013 finns också förbättrade möjligheter att söka vård i annat EU/EES-land. Patienter som söker sådan vård får dock betala reskostnader och eventuella merkostnader utöver vad en motsvarande behandling kostar i det egna landstinget. En ytterligare förändring som ökar valmöjligheterna är möjligheten att söka öppen specialistvård nationellt fr o m 2015, i enlighet med Patientmaktsutredningens förslag. Det ger möjligheter för hela befolkningen att söka öppen vård bland de privata vårdgivare som exempelvis finns etablerade i vårdvalssystem i Stockholm. Patienterna får dock betala reskostnaderna själva. Kraven på medfinansiering från patienters sida ökar därför när de "logistiska" valmöjligheterna blir nationella och i synnerhet internationella. Även om utökade valmöjligheter har ett brett stöd i befolkningen är de därför inte oproblematiska sett utifrån ett jämlikhetsperspektiv.

Vårdval i primär- och specialistvård

I slutet av 1980-talet var landstingen hårt kritiserade för långa väntetider och bristande inflytande för patienter. Samtidigt fanns det uppenbara brister när det gäller exempelvis utnyttjande av operationssalar. Landstingens dagar uppfattades av många som räknande. Mot den bakgrunden infördes nya beställar-/utförarmodeller, ersättning per prestation och ökade valmöjligheter för patienter. Motsvarande förändringar återfanns inom exempelvis brittiska NHS och reformerna benämndes av forskare som New Public Management (NPM).[10] Nu skulle sjukvården effektiviseras och patienternas valmöjligheter och inflytande öka. De valfrihetsreformer som infördes i landstingen under 1990-talet var dock till stora delar begränsade till val mellan offentliga vårdgivare i det egna landstinget. Pengarna följde oftast inte individernas val. Vårdgivarna hade därmed inte så stor anledning att bry sig och de ökade valmöjligheterna blev i många fall en pappersprodukt. Patienter i primärvården kunde fortfarande bli hänvisade att gå till den vårdcentral som låg närmast bostaden.

Under senare tid har individers valmöjligheter i vården stärkts, tydligast i primärvården. Det finns också bättre möjligheter att välja en alternativ vårdgivare när landstingen inte klarar vårdgarantin och patienter får vänta för länge. Genom den obligatoriska vårdvalsreformen i primärvården år 2010 fick nya privata alternativ möjligheter att etablera sig i landstingen. Resurserna måste fördelas utifrån individers val av vårdgivare och enligt konkurrensneutrala villkor. I flera landsting infördes vårdval i primärvården på frivillig väg under åren 2007 till 2009. I efterhand kan konstateras att det är främst i dessa frivilliga landsting som Halland, Stockholm, Skåne, Västra Götaland m fl som reformen haft störst effekt. I några landsting, främst i Stockholm, Uppsala och Skåne, har motsvarande vårdval introducerats inom delar av den specialiserade vården.[11]

Genom vårdval i primärvården har fler vårdgivare etablerat sig och tillgänglighet mätt som antalet vårdkontakter har förbättrats. Även produktiviteten definierat som kostnad per viktad vårdkontakt har förbättrats, även bland offentliga vårdcentraler. Det finns enligt de studier som gjorts inga systematiska skillnader i produktivitet mellan privata och offentliga

10. Hood CA. (1991) A public management for all Seasons? Public Administration; 69: 3-19; Lapsley I. (2008) The NPM agenda: Back to the future. Financial accountability and management; 24(1): 77-96
11. Anell A. (2013) Vårdval i specialistvården. SKL: Stockholm.

alternativ.[12] En generell kritik mot ökade valmöjligheter och etableringsfrihet för privata vårdgivare har varit att sådana lösningar kan skapa undanträngningseffekter. Undanträngning kan avse dels patienter med stora vårdbehov, dels patienter som är socioekonomiskt svaga. I flera landsting har man bemött denna kritik genom att differentiera ersättningen utifrån skillnader i vårdtyngd och socioekonomi bland listade individer.[13] Förhoppningen är att patienter med större vårdbehov och sämre socioekonomiska förutsättningar ska prioriteras högre av vårdgivarna. Hur patienter prioriteras i praktiken är dock mindre känt. Det är inte givet att en högre ersättning baserat på vårdtyngd och socioekonomi får de effekter som avses. Om vårdtunga och/eller socioekonomiskt svaga individer inte ställer några krav kan de extra resurserna i princip användas av vårdgivarna till annat.

De få studier som publicerats pekar mot att vårdval i primärvården gett fler vårdkontakter i hela befolkningen, oavsett vårdtyngd och socioekonomi.[14] Det finns alltså inga studier som visar på absoluta undanträngningseffekter. Det finns dock indikationer på att befolkningen i stort kan ha vunnit mer på reformen än patienter med stora vårdbehov, åtminstone i några landsting.[15] Detta behöver inte vara fel, förutsatt att tillgänglighetsproblemen för befolkningen i stort var ett större problem än tillgängligheten för patienter med stora vårdbehov före vårdvalsreformen. När det gäller skillnader beroende på socioekonomi pekar studier i olika riktning. Utvecklingen i Stockholm antyder en större ökning av antalet vårdkontakter i områden med lägre inkomster.[16] Studier i Skåne indikerar att äldre individer med en inkomst över medianen kan ha vunnit mer på reformen än äldre med en inkomst under medianen.[17] Patientenkäter

12. Glenngård A H. (2013) Objectives, actors and accountability in quasi-markets: Studies of Swedish primary care. Lund University School of Economics and Management.
13. Anell A, Nylinder P, Glenngård A. (2012) Vårdval i primärvården. SKL: Stockholm.
14. Beckman A, Anell A. Hur har individers konsumtion av läkarbesök förändrats efter införande av Hälsoval Skåne? Läkartidningen 2013; 110(12): 622-23; Vårdanalys (2013) Vem har vårdvalet gynnat? Vårdanalys rapport 2013:1.
15. Vårdanalys (2013) Vem har vårdvalet gynnat? Vårdanalys rapport 2013:1.
16. Janlöv N, Rehnberg C. (2011) Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – år 2012. Rapport nr 2011:15. Stockholm: Karolinska Institutets Folkhälsoakademi.
17. Beckman A, Anell A. (2013) Changes in health care utilization following a reform involving choice and privatization in Swedish primary care: A five-year follow-up of GP-visits. BMC Health Services Research.

i både Stockholm, Skåne och Östergötland indikerar också att de med högre inkomster är mer nöjda med primärvården efter reformen.[18]

Resultaten visar att vårdvalssystem kan påverka möjligheterna att upprätthålla traditionella mål om jämlikhet. En ny utmaning för landstingen blir att "vårda marknaden", ge särskilt stöd för de invånare som behöver det och ställa krav på vårdgivarna så att fördelningsmålen kan nås.[19]

Förbättrade valmöjligheter inom EU/EES

Ytterligare förändringar som genomförts under senare tid är förbättrade möjligheter för individer att söka vård inom EU/EES. Frågan om fri rörlighet inom EU vad gäller hälso- och sjukvård har varit en återkommande tvistefråga. Något förenklat kan sägas att EUs förvaltning under lång tid drivit frågan om att EUs medborgare ska kunna välja vård inom EU, utifrån den generella principen om fri rörlighet. Många nationella regeringar och politiker har hållit emot med hänvisning till behovet av egna prioriteringar, att det skulle kunna bli dyrt och att vården är en nationell angelägenhet. Flera fall där patienter sökt vård i annat land och begärt ersättning från det egna landets försäkringssystem har behandlats i EU-domstolen, ofta till fördel för patienterna. Ett nytt direktiv från Europaparlamentet och rådet i mars 2011 syftade till att förtydliga reglerna när det gäller individens möjligheter att söka vård i annat EU-land, allt i enlighet med de beslut som över åren fattats av EU-domstolen.[20] Medlemsländerna förväntades anpassa de nationella lagarna efter detta s k patientrörlighetsdirektiv före den 25 oktober 2013.

För svenskt vidkommande infördes en ny lag den 1 oktober 2013.[21] I den nya lagen regleras bl a rätten till ersättning för vård i annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES), dvs även exempelvis Norge utöver EU-länderna. I lagen finns också bestämmelser om möjligheten att söka förhandsbesked, som blir bindande när patienten ansöker om ersättning för vård i annat EES-land. I korthet är det Försäkringskassan som ska pröva ansökan om ersättning och det är också dit patienter ska vända sig vid önskemål om förhandsbesked. Även om det är Försäkringskassan

18. Vårdanalys (2013) Vem har vårdvalet gynnat? Vårdanalys rapport 2013:1.
19. Glenngård A H. (2013) Objectives, actors and accountability in quasi-markets: Studies of Swedish primary care. Lund University School of Economics and Management.
20. Directive 2011/24/EU, on the application of patients´ rights in cross-border healthcare.
21. Regeringens proposition 2012/13:150. Patientrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning.

som betalar ut ersättningen till patienter ligger kostnadsansvaret på det landsting eller den kommun där patienten bor. Enligt de nya reglerna har därför landstingen möjlighet att yttra sig innan Försäkringskassan fattar beslut om hur stor ersättningen ska bli.

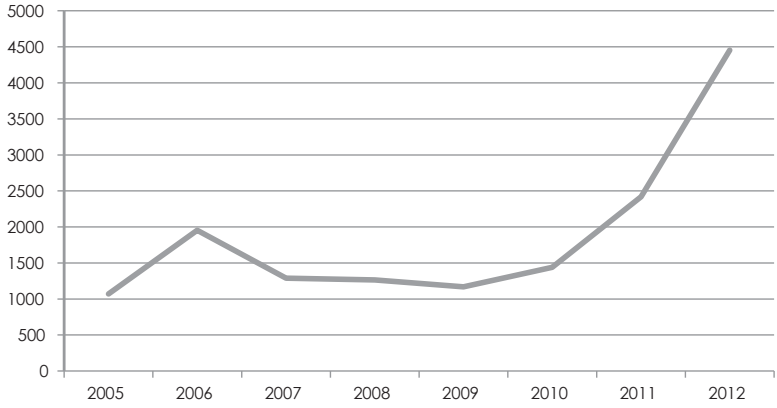
Rätten till ersättning utgår från om "patienten skulle haft rätt att få vården bekostad av det allmänna om den tillhandahållits i Sverige" (§ 5). Patienter kan alltså inte få ersättning för sådan vård som explicit prioriterats bort i Sverige. Ersättningens storlek ska "bestämmas till ett belopp som motsvarar den vårdkostnad som skulle ha uppkommit om patientens vård hade tillhandahållits i Sverige. Detsamma gäller för läkemedel, andra varor, hjälpmedel, förbrukningsartiklar och övriga vårdprodukter som en patient tagit emot vid vårdtillfället" (§ 7). Ersättningen ska dock "lämnas med högst det belopp som motsvarar de faktiska kostnaderna för vården som har uppkommit för patienten" (§ 6). Dessa regler innebär att den utökade patientrörligheten ställer krav på medfinansiering från patienternas sida i den utsträckning de faktiska vårdkostnaderna är högre än de som skulle uppstått för samma vård i Sverige. Patienten betalar också själv de reskostnader som uppkommer.

Den nya svenska lagstiftningen innebär ingen förändring av bedömningar av ansökningar från patienter som gjorts även tidigare av Försäkringskassan. Den egentliga nyheten är möjligheten för patienter att få bindande förhandsbesked. Det huvudsakliga syftet bakom det nya EU direktivet var främst att förtydliga de regler som gällde även tidigare genom den praxis som EU-domstolen skapat. Den svenska bedömningen år 2012 var därför att den nya svenska lagstiftningen inte skulle innebära någon ökning av kostnaderna för vård i andra EU-länder jämfört med tidigare.[22] Kostnadsansvaret skulle dock flyttas från staten till landstingen.

Statistik från Försäkringskassan visar dock på en kraftig ökning med 84 procent redan under 2012, dvs året före den nya lagstiftningen infördes. År 2012 fick 4 453 patientfall ersättning för planerad vård i EES-länder, jämfört med 2 418 patientfall år 2011. De allra flesta, 98 procent, får ersättning för hela vårdkostnaden.[23] Sett över hela perioden 2005 till 2012 har antalet patientfall fyrdubblats (se Figur 2.1).

22. Ds 2012:6. Patientrörligheten i EU, del 1.
23. Uppgift från Försäkringskassan.

FIGUR 2.1 Antal patientfall som sökt vård i andra EES-länder år 2005-2012.



Källa: Försäkringskassan.

Den typ av vård som svenskar framför allt söker för avser ögonsjukvård, som omfattar 38 procent av antalet patientfall år 2012. Det finns ingen tillgänglig statistik från Försäkringskassan om vilken typ av ögonsjukvård som avses, men en rimlig gissning är att kataraktoperationer svarar för en stor andel av fallen. Näst flest patientfall avser hudsjukdomar med sju procent av antalet patientfall år 2012, följt av sjukdomar och skador i muskler och leder, sjukdomar och skador i urin- eller könsorgan samt sjukdomar och skador i cirkulationsorganen. Tumörer och cancer, där patienter förmodligen skulle vara beredda att resa långt för att få bra vård, svarar enbart för drygt en procent av patientfallen år 2012. En vårdtjänst som ökat i betydelse under 2013 är svettbehandling, där en klinik vid Kastrups flygplats i Köpenhamn erbjudit vård till många svenskar.[24]

Möjligheterna för individer att söka vård i andra EU-länder varierar beroende på avstånd till annat land. För invånare i Skåne finns t ex möjligheten att besöka de många privata vårdgivare som finns i Köpenhamnsområdet lika enkelt som att söka vård i något annat landsting. Det är därför inte förvånande att befolkningen i Skåne svarar för störst andel av patientfallen som sökt vård i annat EES-land; 36 procent år 2012. Näst flest patientfall återfinns i Stockholm som svarar för 33 procent av volymen år 2012. På

24. Dagens Medicin 29 januari 2014, s. 6.

tredje plats återfinns Norrbotten med 14 procent. Förmodligen har flertalet norrbottningar i de östliga gränstrakterna sökt vård i Finland. Bland resterande landsting är det en liten andel patienter som sökt vård i EES länderna, som mest sju procent av antalet patientfall i Västra Götalands län. 14 landsting svarar var och en för mindre än en procent av de drygt 4 000 patientfallen. Skillnaderna mellan landsting återspeglas också i statistik över i vilka länder vården erhålls. Vård i Danmark svarar för 53 procent av antalet patientfall år 2012, följt av Finland (15%), Spanien (9%), Norge (6%), Polen (3%), Tyskland (3%) och Estland (2%).

Förutom skillnader beroende på var individer bor finns förmodligen skillnader inom respektive landsting beroende på socioekonomiska faktorer, inklusive inkomst. Det är rimligt att anta att genomsnittliga inkomster bland dem som söker vård i annat EES-land är högre än dem som inte gör det. Vård i annat EES-land medför egenansvar för reskostnader och kan även vara förknippad med krav på medfinansiering för själva vården.

Nya valmöjligheter nationellt efter Patientmaktsutredningen

Enligt ett aktuellt förslag på ny patientlagstiftning, ett resultat av den s k Patientmaktsutredningen, ska patienter fr o m 2015 kunna välja öppen specialistvård i andra landsting, bara det egna landstingets remisskrav följs.[25] T ex en boende i Dalarna som tycker att utbudet av alternativa privata vårdgivare är alltför begränsat skulle i framtiden kunna vända sig till de specialiserade vårdgivare som är godkända i Stockholms vårdvalssystem. Vårdgivare i Stockholm måste i sin tur prioritera invånare från Dalarna på samma sätt som invånare i Stockholm. Det går inte att hänvisa till att alla Stockholmare går före om det skulle uppstå väntetider. Stockholms landsting kan inte heller ställa sådana krav i sina avtal med vårdgivare. Vårdgivare får på detta sätt närmast ett nationellt ansvar för att tillhandahålla öppen specialistvård för de patienter som frivilligt söker upp vården. Samtidigt har varje landsting ett finansieringsansvar för de egna invånarnas vård, oavsett var den konsumeras.

Genom möjligheten att söka öppen specialistvård i andra landsting förskjuts en del av makten från landstingen till medborgarna. Det kommunala självstyret utmanas. Landstinget i Dalarna kan förvisso bestämma att inte införa vårdvalssystem med etableringsfrihet för privata vårdgivare inom specialiserad vård. Om enskilda medborgare inte gillar det egna

25. SOU (2013:2) Patientlag – Delbetänkande av Patientmaktsutredningen.

landstingens beslut kan då privata vårdgivare i andra landsting besökas, t ex i Stockholm. Landstinget Dalarna får betala enligt de principer som gäller i Stockholm, bara de remissregler som utformats i Dalarna följs.

Det kan finnas många skäl att välja vårdgivare i ett annat landsting. Ett skäl är om tillgängligheten är bättre och väntetider kan undvikas. I praktiken finns redan idag möjligheter att välja alternativa vårdgivare utanför det egna landstinget, om landstingets egen verksamhet inte klarar vårdgarantin. Det kan också finnas andra skäl att välja öppen specialistvård i andra landsting. Ett skäl är att vården kanske inte alls finns i det egna landstinget. Ett annat skäl handlar om innehållet i vården, som kan variera mellan vårdgivare beroende på vilka krav landstingens ställer. Vårdgivare ersätts på olika sätt och de kan ha olika kostnadsansvar. På så sätt kan vårdgivare i vissa landsting bli "mer generösa" medan vårdgivare i andra landsting måste prioritera hårdare. För den välinformerade patienten skulle alltså bättre villkor för vårdgivare kunna vara ett skäl att välja öppen specialistvård i annat landsting, vilket kan få positiva effekter på de erbjudanden som ges till patienter.

Utökade valmöjligheter, för de som vill och kan betala

Möjligheterna för svenska medborgare att välja mellan olika vårdgivare har ökat väsentligt under de senaste 20 åren. Det finns redan idag möjligheter att välja bort det egna landstingets vårdgivare till förmån för vård i andra EU/EES-länder. Framöver kommer det förmodligen också att finnas möjligheter att välja bort det egna landstingets öppna specialistvård till förmån för motsvarande vård i andra landsting. Nästa steg skulle kunna vara att inkludera den slutna vården så att exempelvis en cancerpatient kan välja att få kirurgisk behandling utförd vid det svenska sjukhus som har bäst resultat, eller som erbjuder en kirurgisk teknik som inte finns tillgänglig vid det egna landstingets sjukhus. Det finns dock ett pris på valmöjligheterna nationellt och inom EU/EES, som innebär att de sannolikt kommer att utnyttjas i olika grad i befolkningen utifrån betalningsvilja och betalningsförmåga. Utgångspunkten i Patientmaktsutredningens förslag är att möjligheten att söka öppen specialistvård nationellt främst ska komma tillrätta med problem i form av väntetider och köer. På så sätt skulle förändringen också kunna bidra till ökad jämlikhet i ett regionalt perspektiv. I ett socioekonomiskt perspektiv finns dock anledning att tro att den ökande valfriheten kommer att utnyttjas i olika grad, beroende på individers möjligheter att finansiera merkostnaderna.

Liksom vård i andra EU/EES-länder innebär val av öppen specialistvård i andra landsting att individer måste vara beredda att finansiera resor och eventuellt uppehälle själva. För de allra flesta är sådana reskostnader till närliggande landsting överkomliga. Till skillnad från vårdsökande i andra länder finns inte heller någon risk att man får betala någon merkostnad, jämfört med vad vården skulle kostat i det egna landstinget. Skillnader i individers socioekonomiska position kan därför antas få större betydelse för vilka som kan utnyttja vård i anda EES-länder, jämfört med vilka som kan utnyttja möjligheten att välja öppen specialistvård i andra landsting. Det är dock inte samma sak som att möjligheten att söka vård i andra EES länder ger upphov till uppfattningar om större orättvisa. För det första får individer betala den merkostnad som uppstår när man söker vård i andra landsting eller EU/EES-länder. Många kan tycka att det förvisso kan uppstå skillnader och ojämlikheter, men att villkoren ändå är rättvisa. Det kan också ha betydelse hur många individer som utnyttjar möjligheterna. Detta är teman som det finns anledning att komma tillbaka till senare i rapporten.

Vill patienter ha inflytande över valet av behandling? 3

Den svenska debatten om patientinflytande har i huvudsak handlat om förbättrade möjligheter att välja vårdgivare. Patienternas inflytande har emellertid också stärkts på andra områden under de senaste tjugo åren. Det representativa inflytandet har ökat genom att olika patient- och anhörigföreningar fått större utrymme i debatten och i en del fall även fått påverka utformningen av vården. Patienters inflytande har genom förändringar i hälso- och sjukvårdslagen också förbättrats när det gäller möjligheter att få information om olika behandlingsalternativ, ha inflytande vid val mellan behandlingsalternativ och få en "second-opinion" vid allvarlig sjukdom. Denna utveckling har haft få, om några, motståndare. Många politiker och andra beslutsfattare tycks också vilja öka patientinflytandet ytterligare.

Vilka preferenser finns då hos befolkningen och patienterna själva? I det här kapitlet redovisas svenska och internationella studier som undersökt i vilket utsträckning som befolkning och patienter vill medverka vid valet av behandling samt konsekvenserna av sådant patientinflytande.

Preferenserna varierar

Få svenska studier har undersökt befolkningens och patienternas inställning till inflytande över valet av behandling. De studier som gjorts i Sverige stämmer dock väl överens med resultaten från internationella studier. Konsistens i resultaten från studier vid olika tidpunkter tyder också på att skillnader i preferenser hos olika grupper av individer är ganska stabila,

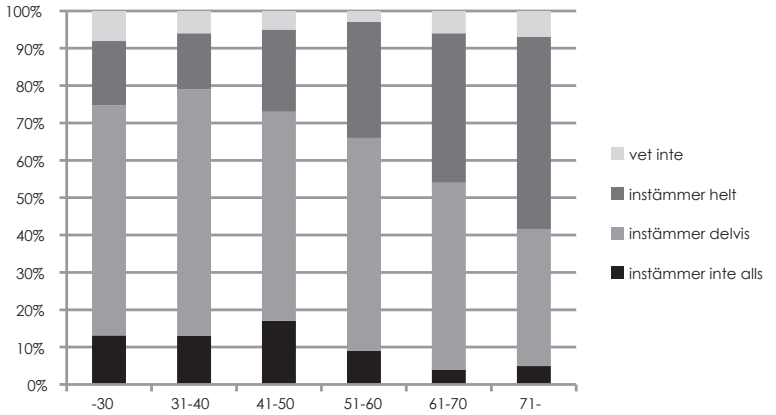
eller att de i alla fall inte ändrar sig så snabbt över tiden. För svenskt vidkommande finns två relevanta studier från slutet av 1990-talet.

I en befolkningsenkät våren 1995 ställdes en rad olika frågor om individers intresse av att välja i vården, om de ansåg sig vara tillräckligt informerade för att välja samt vilka kvalitetskriterier som var viktiga.[26] En av frågorna avsåg huruvida läkarna borde avgöra vilket behandlingsalternativ som skulle väljas om det fanns flera alternativ. Som framgår av figur 3.1 var de flesta respondenter kluvna i denna fråga; en majoritet instämde delvis. Det fanns en ganska stor skillnad mellan olika åldrar där fler äldre över 61 år instämde helt i att läkare skulle fatta besluten medan andelen var väsentligt lägre bland yngre. Det fanns också en skillnad beroende på socioekonomisk tillhörighet. Bland respondenter med högskoleutbildning var det 20 procent som inte alls instämde i att läkaren borde fatta beslut om behandling, jämfört med fem procent bland respondenter med enbart grundskoleutbildning. I ytterligare jämförelser framkom att invånare i Stockholm var mindre benägna att överlåta valet av behandling på läkaren jämfört med invånare i andra landsting. Även bland yngre individer med högskoleutbildning, boende i Stockholm instämde en majoritet delvis i påståendet, dvs att de var obenägna att ta över för mycket av beslutsfattandet.

I en senare studie våren 1998 riktades enkäter med mer specifika frågor till patienter i primärvården.[27] I stort sett samtliga patienter (96%) oavsett ålder instämde helt i att det var viktigt att läkaren informerade om vilka behandlingsalternativ som fanns tillgängliga för ens sjukdom eller besvär. Däremot fanns samma tveksamheter när det gäller inflytande över valet av behandling som i befolkningsstudien från år 1995. I stort sett alla respondenter (94%) ville att valet av behandling fattades i samråd med läkaren. Bland äldre över 70 år ökade andelen som ville överlåta besluten helt till läkare, men även i denna ålderskategori fanns en klar preferens för samråd. Inom den majoritetsgrupp som önskade samråd var det ungefär lika fördelat bland respondenter under 50 år mellan de som tyckte att läkaren eller de själva skulle ha det avgörande inflytandet på besluten. Bland respondenter över 60 år var det ungefär två tredjedelar som tyckte att läkaren skulle ha det avgörande inflytandet, medan en tredjedel ville ha detta inflytande själva.

26. Anell A, Rosen P, Hjortsberg C. (1997) Choice and participation in the health services: a survey of preferences among swedish residents. Health Policy; 40(2): 157-168.
27. Rosen P, Anell A, Hjortsberg C. (2001) Patient views on choice and participation in primary health care. Health Policy; 55(2): 121-128.

FIGUR 3.1 "Om det finns flera behandlingsalternativ, så bör min läkare avgöra vilket alternativ som skall väljas."



Källa: Anell A, Rosén P, Hjortsberg C. (1997) Health Policy; 40: 157-168.

I studien diskuteras om åldersskillnader i preferenser kan förklaras utifrån en livscykel- eller generationshypotes.[28] Enligt livscykelhypotesen påverkas preferenserna med åldrandet så att dagens unga kommer få liknande preferenser som dagens äldre i framtiden. Enligt generationshypotesen har istället dagens yngre andra krav och förväntningar, som de bär med sig även i framtiden. Förmodligen var båda hypoteserna rimliga. Kraven på medverkan i besluten kan minska när individer blir äldre och förlorar en del av sin kognitiva förmåga och sitt intresse. Samtidigt kan kraven på inflytande när det gäller val av behandling också öka över tiden i takt med samhällets förändringar med bl a mindre tilltro till auktoriteter och bättre tillgång på information.

Det är intressant att notera hur svaren på frågor om inflytande vid val av behandling skiljer sig från svaren när det gäller önskemål om att få välja vårdgivare. Enligt tidigare enkäter är de allra flesta i befolkningen positiva till möjligheten att välja vårdgivare och andelen positiva ökar med åldern. [29]När det gäller den egna medverkan vid val av behandling ökar tveksamheten generellt, särskilt bland äldre. Dessa till synes olika resultat

28. Begreppen hämtades från Svallfors S. (1996) Välfärdsstatens moraliska ekonomi. Boréa.
29. Vårdanalys (2012) Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvården. Rapport 2012:2. Vårdanalys: Stockholm.

är dock logiskt konsistenta. Om patienter i stor utsträckning litar på läkares professionella kunskaper och omdöme gällande val av behandling, blir det desto viktigare att välja en förtroendeingivande vårdgivare.

Önskemål om delat beslutsfattande bekräftas av internationella studier

Internationellt finns många studier om patienters preferenser gällande medverkan vid val mellan behandlingsalternativ. I Kanada har forskaren Raisa Deber varit tongivande och bidragit med flera flitigt refererade studier och artiklar.[30] Det finns även många studier från USA. På en övergripande nivå stämmer resultaten från internationella studier väl med resultaten från våra svenska studier från 1990-talet.

Sammantaget har alla studier gett successivt ökat stöd för ett ideal om "shared decision making", dvs delat beslutsfattande.[31] Institute for Medicine i USA deklarerar t ex att läkare bör uppmuntra patienter att vara aktiva och delta i besluten om vården som ges, i den utsträckning patienterna önskar. Enligt idealet om delat beslutsfattande har läkare vanligtvis bättre kunskaper om behandlingsalternativen och dess effekter baserat på erfarenheter från andra patienter. Patienter har dock alltid bättre kunskaper om sina egna preferenser kring för- och nackdelar kopplat till utfallen av olika behandlingsalternativ. Därför behövs samråd och kommunikation där läkaren informerar om behandlingsalternativen och patienten får ge uttryck för sina preferenser kring förväntade effekter. Patienternas önskemål om graden av inflytande varierar dock. Långt ifrån alla patienter önskar sig en aktiv roll i valet av behandling. På goda grunder kan antas att de allra flesta vill välja vårdgivare medan preferenserna när det gäller medverkan vid val av behandling är mer varierande.

I en befolkningsstudie från USA år 2002 framkom i stort sett samma resultat som i den tidigare refererade svenska undersökningen av primärvårdspatienter.[32] Nästan alla respondenter (96%) ville ha information om behandlingsalternativen och att bli tillfrågade om sina åsikter. Drygt hälften

30. Bl.a. flera artiklar i Canadian Medical Association Journal under år 1994.
31. "Shared decision making" i vården är ingenting nytt utan förespråkades i litteratur redan under 1970-talet. Från 1990-talet kan dock märkas ett ökat intresse och ett större fokus på just patienternas preferenser när begreppet definieras, se Charles C, Gafni A, Whelan T. (1997) Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango) Social Science and Medicine; 44(5): 681-692.
32. Levinson W, et al. (2005) Not all patients want to participate in decision making. Journal of General Internal Medicine; 20(6): 531-535.

(52%) föredrog dock att överlåta de slutgiltiga besluten till läkaren. Kvinnor, högre utbildade och individer med bättre hälsa föredrog en mer aktiv roll. Afro- och latinamerikanska respondenter hade högre sannolikhet för att överlåta beslut till läkaren. Det fanns också skillnader beroende på ålder. På liknande sätt som i den svenska studien ökade preferenserna för en aktiv roll upp till 45 år, varefter de sjönk.

Ytterligare studier inom området har bidragit med nya kunskaper. Enligt en studie från år 2004, på knappt 600 patienter som vårdades på tre kliniker (bröst-, prostatacancer samt frakturer) på ett kanadensiskt sjukhus, var det som förväntat en mycket liten andel som helt själv ville besluta om behandling.[33] De flesta, ungefär två tredjedelar, ville ha någon form av delat beslutsfattande. En poäng med studien var att explicit ställa frågor om viljan att ha inflytande över "problem solving" (dvs diagnossättande) respektive "decision-making" (dvs val av behandling). På detta sätt skapades en matris med två dimensioner i inflytandet, se figur 3.2. Väldigt få ville ha inflytande över diagnossättandet, en roll som gärna överläts till läkaren. Ungefär en tredjedel (29,7%) ville också inta en passiv roll och överlåta beslut om behandling till läkare. En majoritet ville dock ha inflytande över behandlingsbesluten i varierande olika grad vilket motsvarar resultat som framkommit i andra studier.

FIGUR 3.2 Preferenser för inflytande bland 600 patienter på kanadensiskt sjukhus enligt Kraetschmer et al.

Ansvar för beslut om behandling ("decision-making")	**Ansvar för diagnos ("problem solving")**		
	Läkaren ("hand over")	Delat ansvar ("share")	Patient ("keep")
Läkaren ("hand over")	29,7% (passiv)	Teoretiskt osannolika utfall	
Delat ansvar ("share")	23,8% (delat ansvar)	1,5% (delat ansvar)	-
Patient ("keep")	36,1% (delat ansvar)	5,9% (delat ansvar)	2,9% (autonom)

Ansvar för diagnos respektive beslut om behandling definierades utifrån följande svarsalternativ i enkät:
1 = läkaren ensam; 2 = i huvudsak läkaren; 3 = läkaren och du själv till lika delar;
4 = i huvudsak du själv; 5 = du ensam.

Läkaren ("hand over"): genomsnittligt svar för denna dimension < 3
Delat ansvar ("share"): genomsnittligt svar för denna dimension 3 – 3.99
Patient ("keep"): genomsnittligt svar för denna dimension >= 4

Källa: Kraetschmer N, et al. (2004) How does trust affect patient preferences for participation in decision-making? Health Expectations; 7: 317-326.

33. Kraetschmer N, et al. (2004) How does trust affect patient preferences for participation in decision-making? Health Expectations; 7: 317-326.

De resultat som redovisas i figur 3.2 avser preferenser för inflytande angående *det egna hälsotillståndet*. När patienter tillfrågades om inflytande vid ett annat fiktivt besvär (ont i bröstet) steg andelen som ville överlåta besluten till läkarna. Preferenser för inflytande samvarierade också med patienternas förtroende för vården. Bland de patienter som ville fatta besluten själva var förtroendet för vården lågt, medan förtroendet var högt bland patienter som ville ha en passiv roll. Denna samvariation var oberoende av patienters ålder, kön och utbildningsnivå.

Utifrån det senare resultatet kan hypotesen att delat beslutsfattande förutsätter ett visst mått av förtroende hos patienterna antas. Detta förtroende kan i sin tur påverkas av individers möjligheter att välja. Möjligheter att välja vårdgivare kan stärka förtroendet för den valda vårdgivaren, som i sin tur skapar förutsättningar (och önskemål hos patienten) för ett delat beslutsfattande när det gäller val av behandling eller att helt överlåta besluten och inta en passiv roll.

Konsekvenserna av ökat inflytande över val av behandling

Eftersom delat beslutsfattande lyfts fram som ett ideal finns det också en del forskning om effekter och konsekvenser. Uppfattningar om hur resultaten av denna forskning ska tolkas och vilken betydelse olika effekter ska ha kan dock variera beroende på hur patientinflytande värderas. En utgångspunkt är att konsekvenserna egentligen spelar mindre roll. Det är rimligt utifrån etiska principer att patienterna har möjlighet och uppmanas att vara delaktiga i besluten om önskad vård.[34] Enligt denna utgångspunkt finns det ett värde i sig av information och delat beslutsfattande. Ett annat synsätt är att delat beslutsfattande enbart kan försvaras om resultatet blir bättre. Enligt detta synsätt har delat beslutsfattande ett (instrumentellt) värde enbart om det skapar ökad nytta för patienter eller vården till en rimlig kostnad.[35] Oavsett inställning blir det intressant att ta reda på konsekvenserna av delat beslutsfattande, men resultaten får naturligtvis olika betydelse.

34. Se t.ex. Guadagnoli E, Ward P. (1998) Patient participation in decision-making. Social Science and Medicine; 47(3): 329-339.
35. Dessa olika inställningar är inte specifika till val av behandling utan gäller som tidigare tangerats även befolkningens val av vårdgivare. I en del länder uppfattas möjligheter att välja vårdgivare traditionellt som något självklart som inte behöver försvaras utan som vårdsystemet får anpassa sig till. I nordeuropeiska länder, inklusive Sverige, har istället funnits en tidigare tendens att utvärdera val av vårdgivare utifrån dess eventuella instrumentella värde att skapa ökad effektivitet i vårdsystemet.

Sammanfattningsvis visade tidiga experiment med delaktighet vid beslut om behandling vid prostataförstoring i slutet av 1980-talet på positiva effekter på patientnöjdheten samt kliniska utfall. Dessa positiva utfall bidrog till ett ökat intresse under 1990-talet för att utforma motsvarande beslutsstöd även vid andra diagnoser. Enligt en Cochrane-genomgång från år 2003, baserad på 34 randomiserade studier, ökade dessa beslutsstöd patienters inflytande. Konflikterna med läkare minskade. Däremot fanns ingen generell tendens till ökad patientnöjdhet. Genomgången fann dock att patienter hade en benägenhet att välja mindre omfattande behandlingar, vilket kan förklaras av att patienter gör mer försiktiga val av behandlingsalternativ jämfört med val som läkare gör.[36] Dessa resultat har också tagits som intäkt för att patientinflytande vid val av behandling inte behöver leda till högre kostnader, vilket annars lyfts fram som en farhåga. Få studier har dock studerat effekter på resursutnyttjande och kostnader i praktiken. De studier som analyserats av Cochrane är experiment med få utvalda patienter som gör resultatens externa validitet osäker. De studier som gjorts avser även effekter av olika former av beslutsstöd, snarare än vilka effekter ökat patientinflytande vid val mellan behandlingsalternativ kan få generellt.

En studie som analyserade samvariation mellan patienters preferenser för medverkan i behandlingsbeslut och resursutnyttjande i klinisk vardag publicerades år 2013 i JAMA.[37] Studien baserades på enkätsvar från patienter som blivit intagna vid University of Chicago Medical Center där svaren matchades mot samma patienters vårdtid och vårdkostnad (se faktaruta). Sammanfattningsvis visade studien en signifikant samvariation mellan patienters önskemål om inflytande i beslutsfattandet och olika socioekonomiska faktorer, precis som tidigare studier. Studien bekräftade dessutom på nytt att individers preferenser i detta avseende varierar. Det nya i studien var en signifikant samvariation mellan preferenser för mer inflytande i valet av behandling och längre vårdtid respektive högre vårdkostnader.

En möjlig förklaring till att resultaten skiljer sig från tidigare experiment, som visat att patienter ofta väljer bort omfattande behandlingar, kan

36. Academy Health. The current and future role of consumers in making treatment decisions. Issue Brief 4 of 6, October 2007.
37. Tak H J, Ruhnke G W, Meltzer D O. (2013) Association between preferences for participation in decision making with length of stay and costs among hospitalized patients. JAMA; 173(13): 1195-1203.

enligt författarna vara att vårdgivarnas ekonomiska incitament har betydelse. I en miljö där vårdgivare har incitament att kontrollera kostnaderna (som var fallet för det studerade sjukhuset) kan önskemål om patientinflytande över behandlingsbesluten leda till ökat resursutnyttjande. I en situation där vårdgivarna istället får betalt enligt "fee-for-service" (dvs per enskild åtgärd) kan däremot det motsatta gälla. Patienterna har anledning att hålla tillbaka en del av den (över)vård som vårdgivaren erbjuder.

I studien fick 21 754 patienter som vårdades vid University of Chicago Medical center mellan år 2003 och 2011 besvara en enkät (svarsfrekvens 69,6%) om preferenser för inflytande vid medicinska beslut. Svaren från dessa enkäter matchades sedan mot vårdtid och vårdkostnader för samma patienter.
96,3 procent önskade information om sin sjukdom och behandlingsalternativ, men 71,1 procent av patienterna föredrog att överlåta medicinska beslut till läkaren. Andelen som ville delta mer aktivt i beslutsfattandet var högre bland välutbildade och patienter med privat försäkring.
Genomsnittlig vårdtid var 5,34 dagar och genomsnittliga kostnader $ 14 576. Patienter som föredrog mer inflytande hade signifikant längre vårdtider (+ 0,26 dagar) och högre vårdkostnader (+ $ 865) än andra patienter, kontrollerat för andra bakgrundsfaktorer.

Källa: Tak H J, Ruhnke G W, Meltzer D O. (2013) Association between preferences for participation in decision making with length of stay and costs among hospitalized patients. JAMA; 173(13): 1195-1203.

Effekter av ökat patientinflytande på resursutnyttjandet är enligt detta resonemang inte givet utan påverkas även av vårdgivares ekonomiska incitament. Med utgångspunkt i svenska traditioner, med fasta ersättningar och tidvis hård budgetkontroll, kan hypotesen vara att ökat patientinflytande i många sammanhang kan verka kostnadsdrivande. Detta väcker då två frågor. Den ena frågan är om ökande vårdkostnader är motiverade sett till värdet av ökat patientinflytande. Detta värde skulle kunna vara värdet i sig (etiska principer), bättre utfall av behandlingen eller minskade kostnader för vårdutnyttjande på sikt. Den andra frågan är

hur ett ökat patientinflytande som resulterar i socioekonomiska klyftor när det gäller tillgång till behandlingar och resurser kan motverkas. Dessa frågor är inte unika för val mellan behandlingsalternativ utan finns även med ökade "logistiska" vårdval. En viktig skillnad är dock att preferenserna är mer lika när det gäller val av vårdgivare; de allra flesta och särskilt äldre vill ha möjligheten. När det gäller inflytande över valet av behandling finns större variation i preferenserna. Flertalet patienter, särskilt bland äldre, föredrar att överlåta besluten åt läkarna.

Möjligheter att välja behandling enligt hälso- och sjukvårdslagen 4

Flera statliga utredningar har på olika sätt berört hur patients ställning i vård och omsorg kan förbättras. Det är dock få utredningar som explicit berört frågan om individers möjligheter att välja behandling när det finns alternativ. Viktiga förändringar i detta avseende infördes i hälso- och sjukvårdslagen år 1998 som en konsekvens av utredningen *Patienten har rätt*. Några ytterligare förändringar i hälso- och sjukvårdslagen som påtagligt stärker eller förändrar patientens möjligheter till inflytande över valet av behandling har inte tillkommit sedan dess. Den nyligen presenterade Patientmaktsutredningen fokuserar liksom många tidigare utredningar på individers möjligheter att välja vårdgivare.

Nya villkor med utredningen *Patienten har rätt*

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) tillsattes av den borgerliga regeringen år 1992 och skulle överväga hur hälso- och sjukvården skulle finansieras och organiseras på den övergripande nivån. Efter riksdagsvalet och regeringsskiftet år 1994 fick kommittén nya direktiv, som innebar att de skulle utgå från det befintliga systemet med landsting och kommuner som både finansiärer och leverantörer av vård och omsorg. En av de specifika frågor som kommittén skulle utreda var hur patientens ställning kunde stärkas, vilket gjordes i betänkandet *Patienten har rätt* (SOU 1997:154). Utifrån utredningens förslag

preciserades det ansvar som vårdgivare redan hade – att ge patienter individuellt anpassad information om hälsotillstånd samt information om olika metoder för undersökning, vård och behandling. Därtill infördes nya bestämmelser om att vårdgivare skulle ta hänsyn till patienternas val när det fanns flera alternativ av undersökning, vård eller behandling. Patienter med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom fick också möjlighet till bedömning av annan vårdgivare, s k second opinion.

Den nya bestämmelsen om inflytande vid val av behandling begränsades genom att landstingen kunde neka till sådana val där kostnaderna inte ansågs rimliga (se faktaruta). Bedömningen av hur stora kostnadsökningar som kunde accepteras skulle ses mot bakgrund av sjukdomens eller skadans allvarlighetsgrad. I betänkandet resonerade kommittén att toleransen för kostnadsökningar borde vara större vid allvarlig skada eller sjukdom. "Är det fråga om en bagatellartad åkomma får det å andra sidan anses godtagbart att inte acceptera några kostnadsskillnader alls" (s. 25). Denna formulering i lagtexten ger landstingen ett bestämmande inflytande över vilka behandlingsalternativ som kan komma ifråga. Med hänvisning till att "det behandlingsalternativet är för dyrt med tanke på dina behov" eller "den behandlingsmetoden har för dålig kostnadseffektivitet" kan utrymmet för patienternas inflytande begränsas avsevärt. Den nya lagen tycks inte heller ha fått några omfattande konsekvenser för praxis. Det är också oklart i vilken utsträckning lagen är känd bland patienter eller vårdgivarna själva. I värsta fall kan lagen t o m ha motverkat sitt syfte att förbättra informationen till patienter.

Individuellt anpassad information samt inflytande vid val av behandling enligt hälso- och sjukvårdslagen

"Patienten skall ges information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns." (HSL 2 b §)

"När det finns flera behandlingsalternativ som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet skall landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar… om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat." (HSL 3 a §)

Rimligen får prioriteringsbeslut i landstingen konsekvenser för den information som ges till patienter. Förtroendet skulle förmodligen skadas avsevärt om läkaren först informerar patienten om alla alternativ som finns för behandling, för att därefter neka patienten tillgång till vissa alternativ genom hänvisningtill att kostnaderna då blir för höga. Då är det bättre att enbart informera om de alternativ för undersökning och behandling som kan komma ifråga, vilket egentligen innebär att lagen inte följs. På detta sätt kan begränsningen när det gäller inflytande få negativa konsekvenser för vårdgivarnas möjligheter att informera om alla behandlingsalternativen i praktiken.

Landstingens möjligheter att prioritera bort behandlingsalternativ är naturligtvis helt rimlig. Sådana beslut är nödvändiga för att uppnå de samhälleliga målen om kostnadseffektivitet och fördelning av resurserna efter behov och sjukdomars allvarlighetsgrad. Problemet är snarare att kraven på information om behandlingsalternativ inte tagit hänsyn till behovet av prioriteringar. En alternativ strategi, som beskrevs i den tidigare refererade debattartikeln i Läkartidningen[38] med anledning av den nya lagen, är att patienterna själva får bekosta merkostnaden för de alternativ som önskas men som landstinget prioriterat bort.

Vad tillför Patientmaktsutredningen?

Den senaste utredningen om stärkt ställning för patienterna tillsattes av Alliansregeringen och lämnade i januari 2013 ett delbetänkande om en samlad patientlag och ökad valfrihet enligt direktiven (*Patientlag* SOU 2013: 2). I betänkandet diskuteras behovet av en ökad patientcentrering mer generellt, i betydelsen att patienterna får en mer aktiv roll i besluten om den egna vården. Utgångspunkten är att sådan patientcentrering och ökad delaktighet från patienternas sida ökar vårdens kvalitet och även kan reducera kostnaderna. Som stöd för det senare uttalandet refereras bl a till utvärdering av patientcentrerad vårdkedja för höftledsfrakturer vid Sahlgrenska sjukhuset.[39] Däremot diskuteras inte hur detta ska genomföras när ökat patientinflytande bidrar till kostnadsökningar.

38. Anell A. (1998) Ökat patientinflytande förutsätter nya avgifter. Kommentar till betänkande från HSU 2000: Läkartidningen; 95(13): 1375-1378.
39. Olsson L, Hansson E, Ekman I, Karlsson J. (2009) A cost-effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway. Journal of Advanced Nursing; 65(8): 1626-1635.

Utredningen förslår inte någon förändrad lagstiftning när det gäller individanpassad information och möjligheter för patienter att välja mellan behandlingsalternativ. De enda förändringarna i detta avseende är förtydliganden att patientmedverkan ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar att aktivt delta i beslut om den egna vården. Dessutom föreslås en stärkt möjlighet till second opinion vid livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada, där den tidigare lagstiftningen inte fått tillräckligt genomslag. Utredningen poängterar dock att en förnyad medicinsk bedömning inte garanterar tillgång till en alternativ behandling. Om "*patienten önskar ett annat behandlingsalternativ (efter second opinion) får detta önskemål prövas utifrån de förutsättningar som anges i bestämmelserna om val av behandlingsalternativ*" (SOU 2013:2, s. 17).

Den nya Patientmaktsutredningen ger således inte individer mer stöd när det gäller möjligheter att välja behandling än tidigare lagstiftning. Utredningen diskuterar inte heller om det kan finnas några problem när det gäller vårdgivares bristande incitament att ge patienter information om olika behandlingsalternativ till följd av lagens utformning.

Privat finansiering i svensk vård - en översikt

5

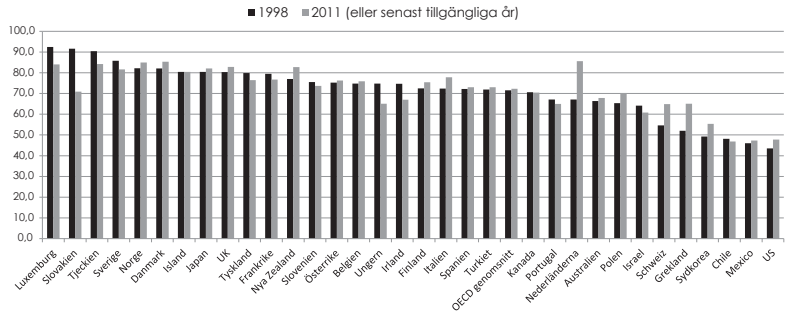
Patientinflytande i kombination med egenavgifter förekommer redan i svensk vård, men i varierande grad i olika delar av vården och beroende på landsting. En förklaring bakom variationerna är att ansvaret för beslut om avgifter är delat mellan staten respektive landsting och kommuner. Staten fattar beslut om högkostnadsskydd för besök i öppen vård, receptläkemedel och tandvård. Staten fattar också beslut om patientavgifter för receptbelagda läkemedel. Övriga patientavgifter inklusive egenavgifter för olika vårdtjänster och produkter fattar landsting och kommun själva beslut om. Patientavgifter i öppen vård skiljer sig inte avsevärt mellan landsting och syftar främst till att motverka onödigt vårdutnyttjande. Frånsett möjligheten att betala högre patientavgift och gå direkt till specialistläkare utan remiss från primärvården kan en patient inte påverka vårdens innehåll genom att acceptera högre patientavgifter. På andra områden finns en koppling mellan de avgifter som patienter betalar och den vårdtjänst eller produkt de får tillgång till. Det gäller främst hjälpmedel, tandvård för vuxna och läkemedel.

I det här kapitlet ges en översikt av förekomsten av privat finansiering i svensk vård, inklusive utvecklingen av frivilliga försäkringar. Frivilliga försäkringar har ökat förhållandevis kraftigt i Sverige, och kan ses som ett alternativ för att skapa ökat patientinflytande. Kapitlet inleds med en jämförelse av andelen privat finansiering i Sverige jämfört med andra länder.

Privat finansiering av hälso- och sjukvård internationellt

Den offentliga finansieringen av hälso- och sjukvården dominerar inom OECD-länderna, undantaget USA, Chile och Mexico. Trenden mellan år 1998 och 2011 är i genomsnitt stabil, vilket också innebär att andelen privat finansiering i stort sett varit oförändrad. Mer exakt har den genomsnittliga andelen offentligt finansierad hälso- och sjukvård mellan år 1998 och 2011 ökat från knappt en procentenhet till 72,2 procent. Det finns dock stora variationer mellan länder. Andelen offentlig finansiering ökar i t ex Italien, Nederländerna, Schweiz, Grekland och USA medan den minskar i t ex Slovakien, Tjeckien, Ungern och Irland. Den kraftiga uppgången i Nederländerna förklaras av att marknaden för privat sjukvårdsförsäkring som substitut för offentligt reglerad finansiering avskaffades år 2006.

FIGUR 5.1 Andelen offentlig finansiering av hälso- och sjukvården inom OECD år 1998 och 2011.



Källa: OECD Health Statistics 2013.

Den privata finansieringen av hälso- och sjukvård omfattas dels av privata sjukvårdsförsäkringar och dels av direkta avgifter ("out-of-pocket payments"). Både försäkringar och avgifter förekommer i olika former, med större eller mindre koppling till patienters valmöjligheter och inflytande över vården.

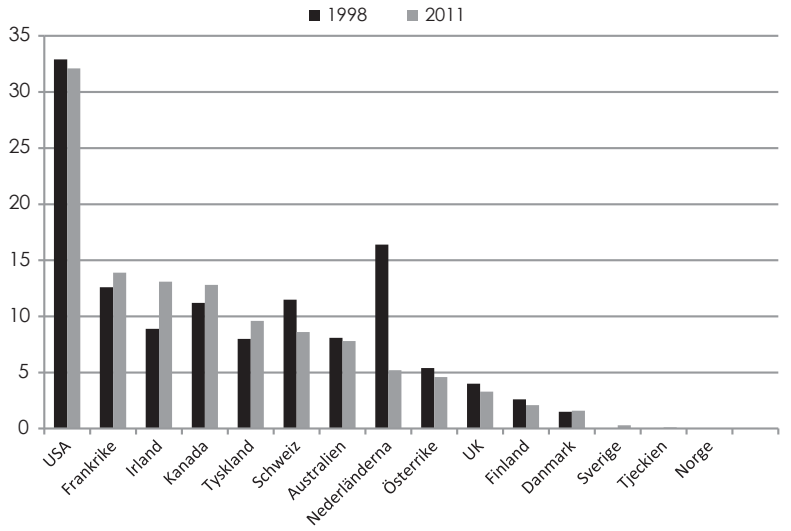
Sjukvårdsförsäkringar i olika former

Med några undantag, främst USA, svarar premier från sjukvårdsförsäkringar för en liten andel av hälso- och sjukvårdens finansiering. Men även i USA, där tre fjärdedelar av befolkningen omfattas av privat sjukvårdsförsäkring,

kan noteras att försäkringarnas andel av finansieringen enbart uppgår till ungefär en tredjedel, dvs en lägre andel än vad antalet försäkrade ger intryck av. Det förklaras i första hand av att alla över 65 år omfattas av det federala försäkringssystemet Medicare, som finansieras via skatt.

Statistik från ett urval länder inom OECD framgår av figur 5.2. I flera OECD länder ökar betydelsen av privata sjukvårdsförsäkringar, medan den minskar i länder som Schweiz och Nederländerna. Den stora förändringen i redovisade uppgifter för Nederländerna förklaras, som nämnts, av att det tidigare kravet på privat försäkring för invånare med inkomst över en viss nivå övergavs år 2006.

FIGUR 5.2 Andel av hälso- och sjukvårdens totala utgifter som finansieras genom friviliga privata sjukvårdsförsäkringar för ett urval OECD länder år 1998 och 2011.



Källa: WHO, Global Health Observatory Data.

I litteraturen skiljs vanligtvis tre olika former av frivilliga försäkringar åt. Sjukvårdsförsäkring som substitut till offentlig finansiering finns enbart i några få länder i Europa (Tyskland, Österrike och Tjeckien) och är inte relevant för Sverige. Det finns ingen möjlighet att slippa landstingsskatten mot att uppvisa ett intyg om redan tecknad privat sjukvårdsförsäkring

på annat håll. Den vanligaste försäkringstypen inom EU är istället komplementär försäkring. En sådan försäkring täcker ofta patientavgifter eller tandvård som inte omfattas av den offentliga finansieringen. Marknaden för försäkringar som täcker vård som inte subventioneras (t ex tandvård, ögonsjukvård, fysioterapi samt komplementär och alternativ medicin) är liten och svarar för en mycket liten del av finansieringen i de flesta länder. Den vanligaste och mest betydande komplementära försäkringen är i stället en som täcker patientavgifter. Den typen av försäkring har inte någon koppling till ökade valmöjligheter eller inflytande över den vård patienten får, utan är ett sätt för individer att hantera osäkerhet när det gäller utgifter.

Frivilliga försäkringar mot höga patientavgifter förekommer inte alls i Sverige eftersom det finns ett offentligt finansierat högkostnadsskydd. Högkostnadsskydd för besök i vården respektive läkemedel garanterar att ingen individ behöver betala mer än 1 100 respektive 2 200 kronor under en 12-månaders period. I t ex Frankrike har över 90 procent av befolkningen försäkring mot höga patientavgifter. Liksom i Sverige innebär det att patientavgifterna inte har någon ransonerande effekt för de patienter som besöker vården ofta. Dessa försäkringar tar således bort en viktig poäng med patientavgifter, att avgifter dämpar efterfrågan på vård. I en del länder som Nederländerna och Schweiz är därför denna typ av sjukvårdsförsäkringar förbjudna.

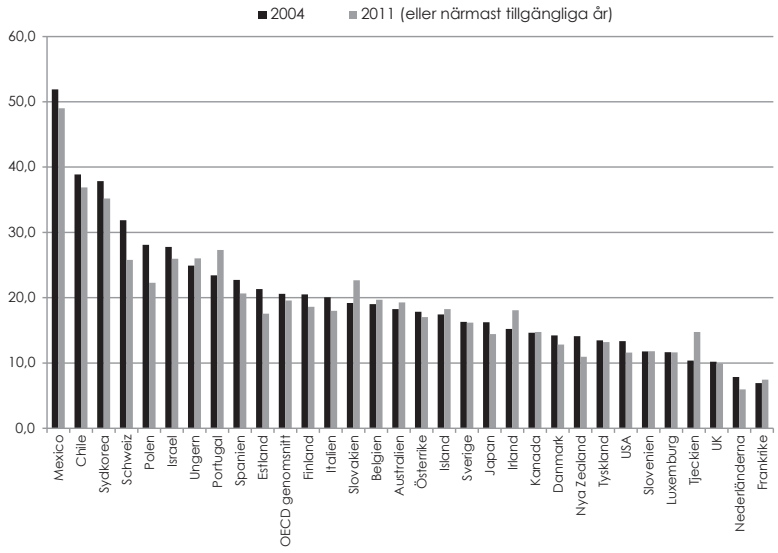
Den för svenskt vidkommande mest relevanta typen är s k supplementär ("supplementary") försäkring. En sådan försäkring ger innehavare större valmöjligheter och snabbare tillgång till vård som egentligen redan ingår i den offentligt finansierade vården. Denna försäkringsform finns i stort sett i alla länder och är direkt kopplad till ökade valmöjligheter och mer inflytande, främst när det gäller tillgängligheten till vård. Med några undantag (t ex Irland och Australien) berör denna typ av försäkringar mindre än 20 procent av befolkningen. Vanligtvis bidrar försäkringen till en liten andel av vårdens totala finansiering genom att det genomsnittliga vårdbehovet bland de yngre och förvärvsaktiva som försäkras är lågt.

Avgifter i olika former

Sett till den samlade statistiken från OECD har andelen av hälso- och sjukvårdens finansiering som avser privata avgifter "ur fickan" minskat något från 20,6 till 19,6 procent mellan år 2004 och 2011, se figur 5.3. Det finns dock stora variationer. Avgifternas betydelse ökar i t ex Portugal, Slovakien

och Tjeckien medan den minskar i Schweiz, Polen och Estland. För svenskt vidkommande har andelen finansiering från avgifter varit stabil mellan dessa år.

FIGUR 5.3 Andel av hälso- och sjukvårdens totala utgifter som finansieras genom privata avgifter ("out-of-pocket payments") år 2004 och 2011.



Källa: OECD Health Statistics 2013.

Avgifter i olika former har precis på samma sätt som försäkringar varierande koppling till ökade valmöjligheter och patientinflytandet. De avgifter som betalas vid besök syftar främst till att motverka onödigt vårdutnyttjande. Dessa patientavgifter är ofta enhetliga oavsett besökens innehåll och är därför inte så intressanta för denna rapport. Andra avgifter avser tjänster eller produkter som patienter efterfrågar men som inte subventioneras alls eller inte fullt ut. Det kan gälla tandvård, läkemedel och hjälpmedel men även vissa vårdtjänster som inte subventioneras. Det kan t ex gälla kirurgiska ingrepp som inte prioriteras (synfel, åderbråck mm) eller assisterad befruktning. Patienter kan då få vårdtjänsten eller produkten om

de betalar hela eller viss andel av kostnaden själva. I dessa fall hänger således egenavgifter tätt samman med patientinflytande.

Utvecklingen av frivilliga sjukvårdsförsäkringar i Sverige

Antalet personer i Sverige som har tillgång till en privat sjukvårdsförsäkring har ökat kraftigt under senare år, se tabell 5.1. År 2013 hade 573 000 invånare tillgång till privat försäkring, vilket motsvarar nästan sex procent av befolkningen. De allra flesta försäkringar, ungefär 80 procent, betalas av arbetsgivare. Även övriga försäkringar tecknas främst av yrkesverksamma där alternativkostnaden av frånvaro från arbetet är hög. Utryckt som andel av antalet sysselsatta är därför andelen med privat sjukvårdsförsäkring högre, ungefär 12 procent. Om den genomsnittliga ökningstakten åren efter 2006 fortsätter det närmaste årtiondet kommer ungefär var fjärde sysselsatt i Sverige att ha tillgång till privat sjukvårdsförsäkring år 2025.

Tabell 5.1 Utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige

År	Antal försäkrade	Andel av befolkningen	Andel av sysselsatta (15-74 år)	Premier (Mkr)	Premie per försäkrad (kr)
2006	218 000	2,4%	4,9%	900	4 130
2007	295 000	3,2%	6,4%	1 000	3 390
2008	342 100	3,7%	7,4%	1 200	3 510
2009	402 900	4,3%	8,9%	1 500	3 720
2010	437 900	4,6%	9,7%	1 600	3 650
2011	482 200	5,1%	10,4%	1 900	3 940
2012	522 000	5,4%	11,2%	2 035	3 900
2013	573 000	5,9%	12,2%	2 375	4 140

Källa: Egna beräkningar baserat på uppgifter från Svensk försäkring och SCB.

En fortsatt expansion av marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar kan påverkas negativt av att allt fler individer med högre risk för vårdutnyttjande berörs. I så fall måste premierna höjas eller differentieras utifrån individers hälsa och förväntade vårdkostnader. Sådana åtgärder kan dämpa efterfrågan på försäkringen. Tidigare kartläggningar har pekat på att flera försäkringsbolag under senare år infört högre självrisker (avgifter) för att utnyttja försäkringen, fler undantag samt att försäkringsbolagen mer

aktivt försöker förhandla med privata vårdgivare om ersättningsnivåer.[40] Även den typen av åtgärder kan motverka en expansion på samma nivå som tidigare.

Det som framför allt har drivit marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar är de långa väntetiderna inom offentligt finansierad vård, vilket förorsakar en kostnad för arbetsgivare. Framtiden för privata sjukvårdsförsäkringar skulle utifrån denna utgångspunkt vara beroende av hur bra den offentliga vården är och främst utvecklingen vad gäller väntetider. Bland en del företag och hos högre tjänstemän i privat sektor har emellertid privat sjukvårdsförsäkring blivit så vanlig att den ingår i det förväntade anställningspaketet. Även om väntetider i offentligt finansierad vård helt skulle försvinna, och om valmöjligheterna utökas ytterligare, är det därför inte säkert att marknaden för privata försäkringar påverkas i motsvarande grad. Erbjudanden om privat sjukvårdsförsäkring signalerar att arbetsgivare tar hand om sin personal och ger dem exklusivitet och en guldkantad tillvaro.

Det finns också andra argument för privata sjukvårdsförsäkringar utöver långa väntetider. Några försäkringsbolag framhäver t ex direkt kontakt med relevant specialist utan att behöva gå via remiss från allmänläkare. Vårdgivare som blir ersatta från försäkringsbolag får också i hög grad ersättning per prestation och åtgärd. Det ger mindre anledning för de privata vårdgivarna att prioritera bort olika undersökningar och behandlingar bara för att de är kostsamma. Det är en helt annan situation jämfört med t ex allmänläkare i offentligt finansierad primärvård. Förutom att offentligt finansierade vårdcentraler har en fast ersättning per listad individ, vilket ger anledning att hushålla med insatserna, påverkas flera landsting negativt vid remittering av patienter till en specialist genom att den egna fasta ersättningen reduceras. För den enskilde patienten finns därför anledning att bevaka sina intressen så att offentligt finansierade vårdcentraler inte är alltför snåla med den vård som ges. Det gäller oavsett om det är en privat eller offentlig mottagning eftersom ersättning och villkor är lika oavsett ägare. På samma sätt kan finnas anledning för patienter att bevaka så att vårdgivare som finansieras per prestation av försäkringsbolag inte ger för mycket vård till begränsad eller ingen nytta.

40. Skoglund C. (2012) Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige – omfattning och utveckling. Rapport till SKL.

De privata försäkringarna svarar trots ökningen i antalet försäkrade för en mycket liten andel av den samlade finansieringen av hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige. År 2012 var andelen ungefär en halv procent. Även om antalet försäkrade fortsätter att öka är det inte troligt att andelen kommer att uppgå till mer än några få procent. Denna bedömning görs då utifrån förhållanden i andra europeiska länder där frivillig komplementär försäkring är betydligt vanligare än i Sverige. Utvecklingen av frivilliga privata försäkringar kommer därför knappast att bidra till lösningar på vårdens långsiktiga finansieringsbehov. Om försäkringar ska ha någon betydande effekt för vårdens långsiktiga finansiering måste de vara obligatoriska.[41]

Om den fortsatta utvecklingen av frivilliga sjukvårdsförsäkringar kommer att ha andra positiva eller negativa effekter på den offentligt finansierade vården finns det skilda åsikter om. Positiva effekter skulle kunna uppstå om privata försäkringar bidrar till kortare väntetider för offentligt finansierad vård. Å andra sidan kan privat finansierad vård driva upp efterfrågan på vård och även lönerna för vårdpersonal som arbetar i offentlig regi. Det skulle kunna påverka patienters tillgång till offentligt finansierad vård negativt. Resonemang om vilka effekter privata försäkringar har på offentligt finansierad hälso- och sjukvård är därför osäkra. Däremot är det mer säkert att privata försäkringar erbjuder fördelar för de individer som har tillgång till dem. Det gäller då inte enbart kortare väntetider utan även direkt tillgång till specialister och mindre krav på prioriteringar av vårdinsatser.

Avgifter i svensk hälso- och sjukvård

Avgifternas betydelse för finansiering varierar mellan olika delar av hälso- och sjukvården i Sverige. I korthet kan sägas att betydelsen är mycket liten i sluten vård, för att öka i öppen vård och bli än högre för produkter i form av receptbelagda läkemedel och hjälpmedel, se tabell 5.2. Inom de områden där avgifter har större betydelse finns även en gradvis ökad koppling till patienternas valmöjligheter och inflytande. Skillnader i avgifters betydelse i olika delar av vården är inte ny. Förändringarna mellan år 2001 och 2011 är, som framgår av tabell 5.2, i huvudsak små.

41. Vilket diskuteras t.ex. i Konjunkturrådets rapport 2014 från SNS.

Tabell 5.2 Andel av totala utgifter för olika ändamål som finansieras genom avgifter, samt utgifter (löpande priser, miljarder kronor).

Typ av vård	2001	2005	2011 (preliminära uppgifter)
Slutenvård	2% 52	2% 66	2% 81
Öppen vård	24% 74	26% 85	25% 116
Tandvård	67% 15	64% 19	60% 23
Läkemedel och medicinska förbrukningsartiklar	37% 29	38% 34	42% 40
Recepförskrivna läkemedel	23% 22	22% 25	23% 29
Terapeutiska hjälpmedel	68% 6	60% 8	62% 9

Källa: Sammanställning från SCB i Carlsson P, Tinghög G. (2013) Läkemedel. När är det rimligt att betala själv? SNS Förlag, sidan 21.

Sett ur ett historiskt perspektiv betalade patienter själva för i stort sett all vård utanför sjukhusens slutna vård, inklusive läkemedel. Betydelsen av olika lokala försäkringskassor växte under 1900-talet, vilket bidrog till ökad offentlig finansiering men även till växande skillnader beroende på sysselsättning och region. Fr o m mitten av 1950-talet omfattades alla invånare av en enhetlig offentlig försäkring för öppen vård och läkemedel. Efter bl a sjukronorsreformen i början av 1970-talet förbättrades försäkringen ytterligare genom införandet av fasta avgifter för patienters besök och receptbelagda läkemedel. Före dessa reformer fick patienterna betala för öppen vård och läkemedel själva, för att sedan begära ersättning för delar av beloppen från Försäkringskassan.

Den öppna vården och användningen av läkemedel har ökat i betydelse under senare årtionden, vilket även inneburit en ökad betydelse av patientavgifter. När det gäller läkemedel kan även noteras en ökning av kostnaderna för de receptbelagda läkemedel som inte omfattas av läkemedelsförmånen, dvs receptbelagda läkemedel som inte subventioneras och helt bekostas av patienterna själva. En bakomliggande orsak är att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) genomgångar exkluderat flera läkemedel från subvention när det funnits likvärdiga och billigare

läkemedel. Dessa exkluderade läkemedel får patienter som efterfrågar dem betala helt själva.[42]

Störst betydelse har avgifter inom tandvård för vuxna och för hjälpmedel av olika slag. För hjälpmedel finns stora variationer mellan landsting och kommuner eftersom dessa har ansvar för bedömning av behov, vilka hjälpmedel som ska subventioneras samt vilka avgifter som ska utgå. Avgifter för t ex elektriska rullstolar, trehjuliga cyklar för vuxna och hörapparater kan därför variera. Därtill varierar brukarnas avgifter för underhåll, batterier, däck och slangar etc. I en del landsting finns möjligheter för brukare att betala mellanskillnaden för ett hjälpmedel som önskas och det som landstinget tillhandahåller. Det kan t ex gälla hörapparater. Sammantaget finns både engångsavgifter, årliga avgifter, avgifter vid lån (t ex i samband med resa) samt avgifter i form av mellanskillnad mellan subventionerat belopp och faktiskt pris för hjälpmedlet. Många hjälpmedel bekostas också helt av brukarna själva. Det kan t ex gälla produkter som förenklar vardagen i hushållet.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det finns gott om exempel där patientinflytande kombinerats med egenavgifter, i synnerhet på läkemedel- och hjälpmedelsområdena. På hjälpmedelsområdet finns också stora variationer mellan landsting och kommuner eftersom besluten om avgifter fattas lokalt. Möjligheterna till patientinflytande i kombination med egenavgifter varierar därför också i landet beroende på var patienter och brukare bor.

42. Carlsson P, Tinghög P. (2013) Läkemedel. När är det rimligt att betala själv? SNS Förlag.

Fallstudier: Multifokal lins vid kataraktoperationer (grå starr) och fritt val av hörapparat

6

I det här kapitlet presenteras material från två fall där ökat inflytande för patienter och brukare kombineras med egenavgifter.[43] Det gäller dels möjligheten att välja och betala extra för en s k multifokal lins i samband med kataraktoperation i Stockholm och Halland, dels möjligheten att välja och betala extra för en dyrare hörapparat i Stockholm respektive Skåne. De två fallen bidrar till underlag för diskussion om konsekvenser av ökat patientinflytande i kombination med privat finansiering. Fallen utgör också exempel på de regionala skillnader som finns när det gäller grad av patientinflytande samt egenavgifters roll och konstruktion.

Multifokal lins vid kataraktoperation (grå starr)

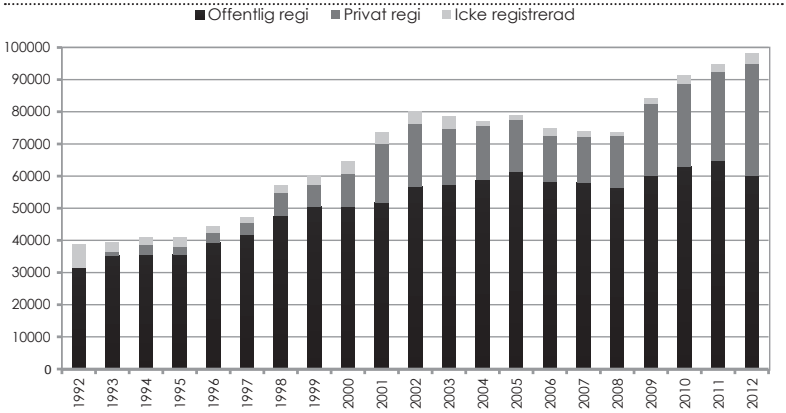
Grå starr, även benämnt katarakt, är en åldersförändring i ögat som innebär att den biologiska linsen grumlas så att synen försämras och blir suddig. Den mest förekommande formen av grå starr uppkommer bland äldre. Ofta brukar båda ögonen drabbas. Ungefär hälften av alla

43. Underlag och data till detta kapitel har samlats in av Emma Bohlin, tidigare student vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet.

personer 65-75 år har någon form av grumlingar på linsen; motsvarande siffra för personer över 75 år är 80 procent.[44] Diagnosen grå starr innebär inte per automatik att operation krävs. Sjukdomen har vanligen ett långsamt utvecklingsförlopp och patienten får tillsammans med läkare avgöra i vilken utsträckning synförsämringen påverkar patientens vardag och om det är lämpligt med operation.

Kataraktoperationer är det vanligaste kirurgiska ingreppet i Sverige[45] och antalet operationer har mer än fördubblats under de senaste 20 åren, se figur 6.1. Av statistik från Sveriges Ögonläkarförening framgår att det under 2012 genomfördes totalt 98 229 kataraktoperationer, varav ungefär en tredjedel i privat regi. En översikt av antalet kataraktoperationer år 2012 fördelat efter ålder och kön framgår av figur 6.2.

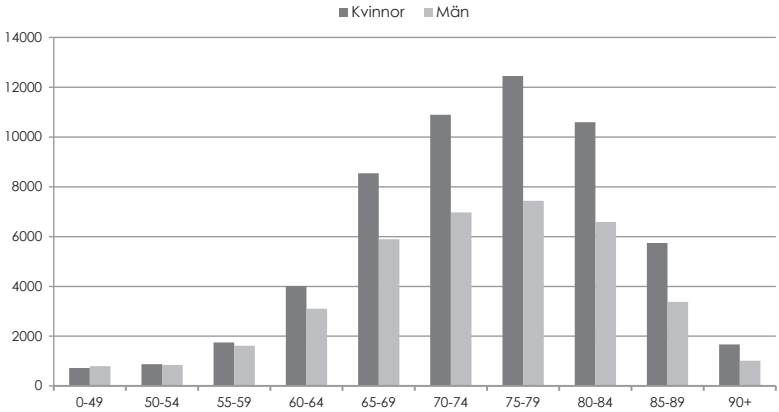
FIGUR 6.1. Kataraktoperationer i Sverige 1992-2012.



Källa: Nationella Kataraktregistret.

44. http://www.sankterik.se/sv/sjukdomar-och-besvar/ogonsjukdomar/gra-starr-katarakt/#tab-1
45. http://kataraktreg.se/nationella-kataraktregistret/om-gra-starr/om-nationella-kataraktregistret

FIGUR 6.2. Antal kataraktoperationer under 2012 fördelade på åldersklasser och kön.



Källa: Nationella Kataraktregistret.

För- och nackdelar med multifokala linser

Vid operationen sätts en konstgjord plastlins in i utbyte mot ögats biologiska lins. Ögats egen förmåga att ställa om för seende på olika avstånd tas då bort. De mest basala linserna är s k monofokala linser, vilka är standard vid operationer mot grå starr. Efter operationen behöver de flesta även glasögon på nära håll som komplement till de nya linserna, exempelvis vid arbete framför datorer. Multifokala linser är mer avancerade och har en annan optisk konstruktion, vilken gör att ögat kan se bra både på nära och långt håll. Studier har visat att multifokala linser innebär minskat behov av glasögon men samtidigt ökad risk för biverkningar i form av s k haloeffekter och minskad kontrast.[46] Skillnaderna innebär att patienters preferenser blir viktiga i valet mellan monofokal eller multifokal lins.

Innan beslut fattas om operation med multifokal lins, är det nödvändigt med en grundlig undersökning av ögat för att avgöra om ingreppet passar patienten. Vid ögonsjukdomar, såsom förändringar i gula fläcken, grön starr och glaukom rekommenderas inte multifokala linser. För att erhålla bästa möjliga effekt bör linserna sättas in i båda ögonen. När väl

46. Calladine D, Evans JR, Shah S, Leyland M. Multifocal versus monofocal intraocular lenses after cataract extraction. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD003169.

en konstgjord lins är insatt läker den fast inom några månader och det är mycket svårt att byta på grund av mycket högre risk för komplikationer jämfört det ursprungliga ingreppet. Det är således viktigt att valet av lins blir rätt från början.

Med tanke på fördelarna med multifokala linser kan tyckas att många patienter skulle erbjudas detta alternativ. Tekniskt är ingreppet med multifokal lins obetydligt besvärligare än ett ingrepp med monofokal lins, då det endast kräver lite fler mätningar och tester. De multifokala linserna är däremot dyrare, en merkostnad på ungefär 10-15 000 kr per lins uppskattas. Till följd av detta erbjuder merparten av de svenska landstingen endast finansiering av monofokala linser. Om patienten vill ha (och känner till) multifokala linser är alternativet i de flesta landsting att vända sig till den helt privata sjukvården och själv stå för operationskostnaden och kostnaden för linserna. Det totala operationspriset varierar beroende på klinik, men är ungefär 25-30 000 kr per öga.

I Stockholms läns landsting och även Region Halland kan patienter med grå starr välja de mer avancerade linserna om de själva svarar för merkostnaden. Mer specifikt innebär det att landstinget betalar kostnaden som motsvarar en ordinarie operation med monofokala linser. Patienten betalar sedan mellanskillnaden mellan den basala monofokala linsen och den mer avancerade linsen. Konceptet med medfinansiering innebär att fler patienter har möjlighet att svara för den individuella finansieringen, eftersom de betalar mellanskillnaden (10-15 000 kr) istället för hela operationskostnaden (25-30 000 kr).

Möjligheten att betala extra för multifokal lins har funnits i Stockholms läns landsting sedan flera år tillbaka medan den i Region Halland funnits sedan sommaren 2012. En viktig skillnad är att patienter i Halland måste vända sig till en privat klinik när de vill betala extra för multifokal lins. I Stockholm kan patienter däremot betala extra även när operationen genomförs i offentlig regi, t ex av S:t Eriks ögonsjukhus.

Andelen patienter med multifokal lins varierar

Av data från Nationella kataraktregistret för 2012 framgår att av totalt 94 894 operationer avsåg 569 (0,6 procent) multifokala linser, se tabell 6.1. Av dessa 569 operationer genomfördes 411 (72 procent) i Stockholms läns landsting. Vid en jämförelse av andelen operationer med multifokal lins i Halland och övriga landsting framkommer däremot inte någon nämnvärd skillnad.

TABELL 6.1. Kataraktoperationer med multifokal lins i olika landsting.

	Stockholm	Halland	Övriga landsting	Hela riket
Totalt antal kataraktoperationer	18 896	4 364	71 634	94 894
Antal operationer multifokal lins	411	10	148	569
Andel operationer med multifokal lins	2,18%	0,23%	0,21%	0,60%

Källa: Nationella karataktregistret.

En möjlig förklaring till att andelen är högre i Stockholm jämfört med i Halland, trots att båda landstingen erbjuder möjlighet att få multifokal lins mot extra betalning, skulle kunna vara att befolkningens preferenser och därmed efterfrågan skiljer sig. Mer troligt är dock att skillnaden beror på utbudsfaktorer. Incitamenten för vårdgivare att informera om möjligheterna att betala extra skiljer sig mellan Stockholm och Halland. I Region Halland måste patienter vända sig till en privat ögonklinik om de vill betala extra och få multifokala linser inopererade. Det innebär att ögonkliniker i offentlig regi inte har några incitament att informera om denna möjlighet, eftersom de då riskerar att patienten vill få ingreppet gjort hos privat vårdgivare istället. I Stockholm, däremot, kan patienter betala extra även inom den offentliga vården, varför offentliga kliniker inte har någon anledning att dölja möjligheten.

Det är knappast förvånande att andelen patienter som väljer multifokal lins är betydligt högre bland patienter som är 49 år eller yngre jämfört med patienter över 70 år. En orsak skulle kunna vara att yngre patienter har bättre betalningsförmåga och betalningsvilja. Men det är även yngre patienter som tjänar mest på att operera in multifokala linser, då de i framtiden kan slippa utgifter för flera par glasögon. Multifokala linser kan på detta sätt vara en väl avvägd investering, frånsett att patienter även kan se andra fördelar i att slippa glasögon.

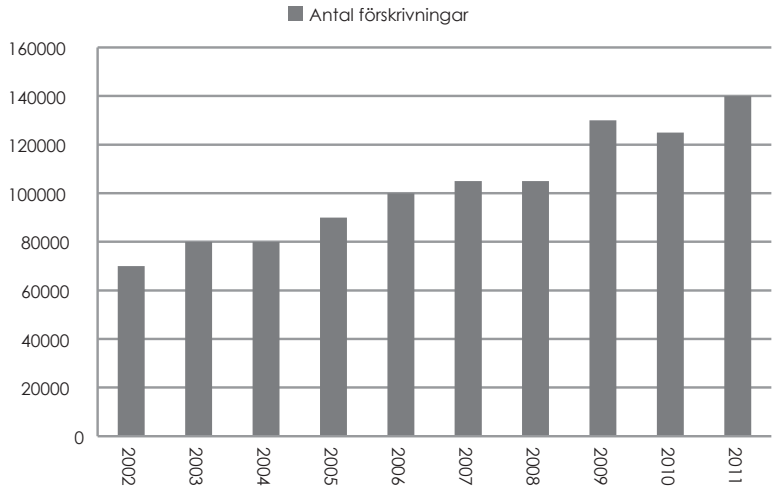
I absoluta tal är dock multifokal lins vanligare bland äldre, helt enkelt för att antalet operation ökar kraftigt med åldern. Det innebär också att vi kan förvänta oss en ökning i antalet kataraktoperationer under de närmaste årtiondena, när andelen äldre ökar. Det är rimligt att anta att en allt större andel av framtidens allt fler aktiva äldre med grå starr kommer

att vilja ha multifokal lins, förutsatt att de blir informerade om att detta alternativ finns.

Fritt val av hörapparat

Enligt en rapport från Hörselskadades Riksförbund (HRF) har ungefär 1,3 miljoner svenskar någon form av hörselnedsättning och cirka 30 procent av dessa använder hörapparat.[47] Alla hörselskadade är inte i behov av hörapparat men i samma rapport uppskattas att runt 50-60 procent faktiskt skulle ha nytta av att använda en hörapparat, det vill säga betydligt fler än antalet faktiska användare. Sett över tiden har också användningen av hörapparater ökat med en fördubbling av antalet förskrivningar sedan början av 2000-talet, se figur 6.3.

FIGUR 6.3. Antal förskrivningar av hörapparat per år i Sverige.



Källa: Hörselskadades Riksförbund.

En hörapparat kan beskrivas som en ljudanläggning i miniatyr bestående av mikrofon, dator, förstärkare och högtalare. Den vanligaste typen är en så kallad "bakom-örat-apparat". Denna typ passar de flesta former av

47. HRF (2009). John Wayne bor inte här. Om hörselskadade och hörselvården i Sverige.

hörselnedsättning och kan oftast ha fler funktioner än de hörapparater som placeras inuti örat. Brukaren har också möjlighet att prova dem innan en hörapparat väljs.

En s k "i-örat-hörapparat" rymmer samtliga delar i en individuell avgjutning som placeras i hörselgångens mynning. Den typen av hörapparat reducerar ofta risken för rundgång, då avståndet mellan högtalare och trumhinnan är litet. Dessutom är mikrofonen placerad i örat, vilket gör att ljudet kan upptas på ett mer naturligt sätt. Typen passar dock inte brukare med t ex trånga hörselgångar eller vissa hörselnedsättningar. Dessutom har brukaren inte möjlighet att prova ut apparaten före användningen eftersom varje apparat byggs individuellt.

Rundgång är ett förhållandevis vanligt problem hos användare av hörapparater. Problemet resulterar ofta i att brukaren sänker volymen och därmed hör sämre. Många brukare uppger även att de har svårt att höra när de befinner sig i större sällskap, såsom på restauranger och fester. Det sker dock en ständig teknikutveckling på området. Det har numera utvecklats hörapparater som är väl lämpade för användning vid såväl fester som idrottande. I en del apparater används nanoteknik, vilket resulterat i utveckling av hörapparater i samma storlek som en tumnagel. En del mer avancerade hörapparater har inbyggt ljudminne, som möjliggör identifiering av olika typer av ljud. Strömning av ljud via blåtandsteknik är en annan möjlighet. Bland de senaste apparaterna återfinns även modeller som är helt vattentäta.

I figur 6.4 redovisas en förenklad distinktion mellan "mindre avancerade hörapparater" och "mer avancerade hörapparater" vad avser typiska funktioner och ungefärligt pris. Priserna kan i praktiken variera mellan landstingen beroende på olika upphandlingar och kan även skilja sig mellan landstingen och privata hörselmottagningar. Ett ungefärligt listpris för en "mindre avancerad" hörapparat är 1 000-3 000 kr medan motsvarande pris för en "mer avancerad" hamnar mellan 5 000-13 000 kr.

Hörapparater bidrar ofta till en avsevärt förbättrad livskvalitet, men ingen hörapparat kan fullständigt återställa hörseln. När det gäller studier avseende nyttan med hörapparater är forskningen begränsad. En granskning av befintliga studier år 2003 av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)[48] visade att hörapparater bidrar till mest nytta vid måttliga hörselnedsättningar. Vid lättare hörselnedsättningar kan hörap-

48. SBU (2003) Hörapparat för vuxna - nytta och kostnader. Rapport nr: 164.

parater vara till nytta för en del personer, i synnerhet i bullriga miljöer. Vidare framkom i rapporten att användandet av två hörapparater ger större nytta än en hörapparat.

FIGUR 6.4. Skillnader i funktion och ungefärligt pris för mer eller mindre avancerad hörapparat.

"Mindre avancerad"	**"Mer avancerad"**
Ungefärligt prisspann: - 1 000-3 000 kr per hörapparat Funktioner: - Enkel vindbrushantering - Mindre avancerad bullerhantering - Inget ljudminne/inlärningsfunktion - Ett färre antal kanaler	Ungefärligt prisspann: - 5 000-13 000 kr per hörapparat Funktioner: - Nanoteknik - Flerfunktionell vindbrushantering - Avancerad bullerhantering - Ljudminne/inlärningsfunktion, dvs hörapparaten lär sig brukarens preferenser - Streamingmöjligheter via Bluetooth - Större bandbredd, dvs större möjlighet att anpassa apparaten efter patientens egen hörselkurva

Samtidigt som en del argumenterar för att det är uppenbart att moderna hörapparater ger mer nytta, menar andra att det inte går att dra några sådana slutsatser. Det finns bl a inte några bra metoder för jämförelser av hörapparater och det är svårt att avgöra om det är hårdvaran eller inställningen i hörapparaten som skiljer sig. Dessutom anpassas hörapparater till den enskilda användarens behov. Teknikutvecklingen inom hörapparater har dock varit snabb och motsvarar utvecklingen inom andra teknikområden, såsom mobiler och annan elektronik. Med den utgångspunkten kan hävdas att det är svårt för någon annan än brukaren själv att värdera nyttan av de ytterligare funktioner som följer med en mer avancerad hörapparat. Brukarinflytande vid utprovning av hörapparat blir därför viktigt.

Landstingens prioriteringar

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är landstingen skyldiga att erbjuda sina invånare rehabilitering samt hjälpmedel. Patienter som är i behov av hörselrehabilitering ska alltså erbjudas hörhjälpmedel från sitt landsting, däribland hörapparat. Tillsammans med en audionom genomförs en

utprovning för att fastställa lämplig modell. Vilken modell som slutligen förskrivs beror på brukarens behov och önskemål, örats anatomi samt graden och typen av hörselnedsättning. Men även landstingens prioriteringar och upphandlat sortiment av olika modeller påverkar förskrivningen. För närvarande finns inga gemensamma riktlinjer för den svenska hörselvården. Landstingen har därför hanterat kombinationen av ökat antal förskrivna hörselhjälpmedel och begränsade resurser på olika sätt. Det finns skillnader i villkor och generositet mot brukare. Utbudet av modeller som är tillgängliga för brukare skiljer sig mellan landstingen, liksom avgifter för utprovning av apparaterna och i vilken utsträckning som två hörapparater förskrivs istället för en.

I tabell 6.2 presenteras de principer och avgifter som gäller vid utprovning av hörapparater för ett urval landsting. I Västra Götaland är det kostnadsfritt för brukaren att prova ut hörapparat. I en del landsting, däribland Östergötland och Jönköping, får brukaren utöver besöksavgift även betala en fast hörapparatsavgift, vilken gäller för antingen en eller två hörapparater. I Värmland tillämpas en så kallad rörlig hörapparatsavgift, vilket innebär att brukaren får betala 20 procent av inköpspriset för den valda hörapparaten.

Tabell 6.2 Principer och brukaravgifter vid förskrivning av hörapparat i ett urval landsting.

	Västra Götalands-regionen	Landstinget i Östergötland	Jönköpings läns landsting	Landstinget i Värmland
Remisskrav	Ja, rekommenderas	Nej	Ja	Nej
Utprovningsavgift	Nej	500 kr per apparat	500 kr	20% av inköps-pris, högkost-nadsskydd 2 200 kr
Besöksavgift	100 kr	100 kr	100 kr	200 kr
Ägare av hörap-parat	Landstinget	Brukaren	Landstinget	Brukaren
Möjligheter att välja hörapparat utöver upphand-lat sortiment	Nej	Nej	Nej	Nej

Källa: Hörselskadades Riksförbund och Horsellinjen.se.

Stockholms läns landsting och Region Skåne har under de senaste åren tillämpat s k fritt val av hörapparat.[49] I princip innebär detta att brukarna får välja om de nöjer sig med landstingens upphandlade sortiment, eller om de vill göra ett fritt val. Vid fritt val tilldelas brukaren en rekvisition motsvarande ett visst belopp och får betala eventuell mellanskillnad jämfört med hörapparatens pris. Brukarinflytande kombineras med egenavgifter. Brukaren kan på så sätt välja en avancerad modell som landstingen inte anser sig ha råd med. Landstingen subventionerar den valda hörapparaten upp till viss nivå och brukarna betalar resten själva.

Fritt val av hörapparat i Stockholm

Hörselvården i Stockholm läns är indelad två delar, utvidgad hörselrehabilitering respektive primär hörselrehabilitering. Den förstnämnda avser patienter som har omfattande hörselproblem och som kräver rehabilitering under längre tid. Den primära hörselrehabiliteringen är avsedd för alla över 18 år som inte har omfattande hörselproblem. Den primära hörselrehabiliteringen är organiserad som ett vårdvalssystem med fritt val för brukare mellan godkända privata hörselmottagningar. Det behövs ingen remiss för att besöka mottagningarna. Hörselmottagningarnas uppdrag omfattar att ge information, utföra hörseltester, prova ut hörhjälpmedel samt erbjuda service och reparation av hjälpmedlen. Det är fritt val inom den primära hörselrehabiliteringen som beskrivs fortsättningsvis.

När brukaren ska välja en hörapparat är ett alternativ att låna en apparat ur landstingets upphandlade sortiment. I så fall behöver brukaren bara betala utprovningsavgiften på 600 kr. Landstinget står för kostnader för service och reparation. Ifall man som brukare har specifika önskemål finns sedan år 2009 möjlighet att utnyttja s k Fritt val. Detta finansieras då till viss del av ett rekvisitionsbelopp som erhålls från landstinget. Rekvisitionsbelopp år 2012 var 3 040 kr per hörapparat. Om priset på den eller de valda hörapparaterna överstiger erhållet rekvisitionsbelopp får brukaren själv stå för mellanskillnaden. För förskrivna hörapparater finns även ett servicekonto, vilket kan användas för reparationer och reservdelar under den följande femårsperioden. Om hörapparaten kräver mer

49. Landstingen Kronoberg, Sörmland och Stockholm har arbetat med så kallat Fritt val även för andra hjälpmedel. Hjälpmedelinstitutet (HI), ett nationellt kunskapscentrum för hjälpmedel och tillgänglighet, har haft uppdraget att stödja starten samt utvärdera försöksverksamheterna. Vilka hjälpmedel som omfattas av Fritt val skiljer sig mellan de tre landstingen.

service och reparation än vad som täcks av de avsatta beloppen (1 340 kr per apparat) ska brukaren stå för kostnaden själv. För brukaren som väljer att skaffa hörapparat via fritt val är det viktigt att beakta att denne själv äger sitt hjälpmedel och därmed ansvarar för reparationer och om hörapparaten skulle tappas bort.

Fritt val av hörapparat i Region Skåne

I Region Skåne har brukare möjlighet att välja ur regionens upphandlade sortiment eller göra ett fritt val sedan 1 januari 2011. Fritt val förutsätter, precis som i Stockholm, att brukare vänder sig till godkända privata hörselmottagningar. Hos dessa kan brukaren välja antingen landstingets upphandlade sortiment eller bland de hörapparater som den privata mottagningen erbjuder. De offentliga hörselmottagningarna i Region Skåne är däremot skyldiga att erbjuda det upphandlade sortiment. Det är en viktig skillnad jämfört med Stockholm, där det enbart finns privata hörselmottagningar inom vårdvalssystemet för primär hörselrehabilitering.

I de fall brukaren väljer en hörapparat från det upphandlade landstingssortimentet behöver denne bara betala en utprovningsavgift på 900 kr. Om brukaren däremot vill ha en hörapparatsmodell som inte finns i det upphandlade ansöks om rekvisition. Rekvisition motsvarar 1200 kr eller 1800 kr per hörapparat, beroende på audionomens bedömning av brukarens behov. Oavsett om brukaren väljer en apparat ur regionens sortiment eller genom fritt val äger brukaren sin hörapparat och får själv svara för reparationsskador efter garantitidens slut. Samtliga hörapparater i regionens sortiment har tre års garantitid. Med utnyttjande av fritt val följer ett större individuellt ansvar för att efterfråga samma garantitid vid det egna inköpet.

Jämförelse mellan Stockholm och Skåne

Systemen med fritt val av hörapparat i Stockholm respektive Skåne är förhållandevis likartade. Det finns dock en del skillnader i utprovningsavgifter och rekvisitionsbelopp, som antyder en större generositet vid fritt val i Stockholm. Givet detta är det också rimligt att andelen brukare som valde fritt val var högre i Stockholm (41,6 procent) än i Skåne (28 procent) år 2012. Men även organisationen av rehabiliteringen kan ha betydelse liksom hörselmottagningars intresse av att informera brukare om möjligheten till fritt val. I Stockholm ordinerades år 2010 totalt 15 952 personer hörapparat. Av dessa var 13 299 inom primär hörselrehabilitering

och endast 703 (5,2 procent) av dessa valde rekvisition för fritt val. År 2012 ordinerades 20 145 personer hörapparater varav 17 686 inom primär hörselrehabilitering där 7 357 (41,6 procent) valde rekvisition för fritt val. Den dramatiska ökningen kan förklaras av införandet av vårdvalssystem för primär hörselrehabilitering den 1 december 2011. Vårdvalssystemet inom primär hörselrehabilitering för vuxna i Stockholm gör det möjligt för brukare att uppsöka audionom utan remiss. Privata hörselmottagningar har både intresse och möjligheter att informera brukare om möjligheten till fritt val. Även i Region Skåne ökar andelen brukare som väljer fritt val; från 16 procent år 2011 till ca 35 procent år 2013.

Fritt val av hörapparat – alltid till fördel för brukaren?

I princip ger möjligheterna till fritt val brukare av hörapparater i Stockholm och Skåne fördelar jämfört med brukare i andra landsting utan motsvarande valmöjligheter. De faktiska fördelarna beror dock på vilka hörapparater som olika landsting upphandlar och erbjuder. I detta avseende kan det finnas stora skillnader mellan landstingen. Om ett landsting väljer att fokusera på pris kan det upphandlade sortimentet komma att återspegla förhållandevis enkla hörapparater som baseras på äldre teknik. Andra landsting kan vara mer generösa och även ta med mer moderna hörapparater i det sortiment som finns tillgängligt för brukare utan extra avgifter. Dessa modernare apparater kan i sin tur prioriteras mer eller mindre hårt utifrån skillnader i brukares bedömda behov. I princip kan de hörapparater som brukare köper själva i Stockholm och Skåne finnas tillgängliga i det kostnadsfria sortimentet i andra landsting.

Det är också oklart vilka hörapparater som brukare väljer inom fritt val och hur mycket de betalar extra. Det är därför inte säkerställt att de hörapparater man betalar extra för verkligen är bättre än de som ingår i landstingens upphandlade sortiment. Det finns också uppgifter om att brukare inte alltid får information om att det finns ett sortiment upphandlat av landstingen, som man inte behöver betala extra för.[50]

50. HRF menar att det både inom Stockholms landsting och Region Skåne bör undersökas vilka hörapparat brukarna köper och hur mycket de betalat. Det är viktigt att säkerställa att brukare inte betalar merkostnader i onödan och att de hörapparater som förskrivs från privata mottagningars sortiment faktiskt är bättre än de som kan erhållas via landstingets sortiment.

Enligt de utvärderingar som gjorts förefaller de flesta brukare vara nöjda. Under 2011 genomförde Hörselbron AB[51] en utvärdering fritt val i Stockholms landsting med syftet att undersöka skillnaderna i självupplevd nytta mellan brukare beroende på om de valt fritt val eller inte. Resultaten visade en tydlig tendens till högre upplevd nytta bland brukare som valt fritt val. De största skillnaderna återfanns hos brukare som valde hörapparat för första gången.

Vilka lärdomar kan dras av fallen?

De två fallstudier som presenterats utgör exempel på verksamheter i landstingen där ökat patient- eller brukarinflytande kopplats samman med privat finansiering i form av egenavgifter. Båda fallen avser ökat inflytande över valet av en viss produkt, som ingår i en övergripande vårdtjänst. Det är knappast någon tillfällighet. Patientflytande över valet av en övergripande vårdtjänst ställer högre krav på anpassning av verksamhetens organisation. Ökat inflytande över valet av produkt är enklare genom att patienters olika val inte får så stora konsekvenser för den tjänst som ändå ska utföras och bekostas av landstinget (starroperation respektive utprovning av hörapparat). Det ökade inflytandet för en del patienter och brukare får på så sätt inga negativa effekter för andra patienter och brukare som nöjer sig med de produkter landstingen bekostar.

Hur stor andel patienter respektive brukare som utnyttjar möjligheterna att betala extra i utbyte mot alternativ produkt varierar både mellan och inom de två fallen. Det är mer kostsamt att betala för multifokal lins än en avancerad hörapparat, vilket bidrar till att fler betalar extra för en hörapparat. Andra skäl till att färre väljer att betala extra vid starroperation är att det finns alternativ till multifokal lins (glasögon) och att linsen i tidigare studier kopplats samman med högre risk för biverkningar. Den som inte är nöjd med den avancerade hörapparaten kan alltid byta till en enklare. Den högre andelen som utnyttjar fritt val av hörapparat i Stockholm kan förmodligen delvis förklaras av att rekvisitionsbeloppen är högre jämfört med i Region Skåne.

Även om de två fallstudierna inte utgör några bevis finns indikationer på att verksamhetens organisation och vårdgivares incitament att ge

51. Ett forskningsinstitut startat under 2011 av Hörselskadades Riksförbund. Institutets styrelse består av hörselforskare från Karolinska Institutet, Kungliga Tekniska Högskolan (KTH), Karolinska Universitetssjukhuset samt representanter för Hörselskadades Riksförbund. Den dagliga verksamheten bedrivs vid KTH.

patienter och brukare information har betydelse. I Halland finns möjligheten att betala extra för multifokal lins enbart hos privata vårdgivare. Det kan leda till att offentliga vårdgivare inte informerar om möjligheten att betala extra för alternativ lins, eftersom man då riskerar att patienter väljer vårdgivare i privat regi istället. Detta är en möjlig förklaring till att andelen patienter som får multifokal lins i Halland är lägre än i Stockholm och inte skiljer sig från övriga landsting. Men även i Stockholm är andelen patienter som väljer multifokal lins låg. Andelen kan dock komma att påverkas av mer information och i takt med att antalet starroperationer ökar givet den demografiska utvecklingen. Allt fler aktiva äldre kan förväntas sätta större värde på att slippa glasögon, samtidigt som många kommer att ha möjligheter att betala för skillnaden i pris mellan olika linser. Utvecklingen av linser går också framåt liksom möjligheten att förebygga och korrigera för olika typer av risker.

Eftersom vårdgivares incitament i hög grad påverkas av möjligheten till patientinflytande och egenavgifter finns all anledning att följa upp de val som görs av patienter och brukare och hur valen påverkas av information från vårdgivare. För de två fall som studerats förefaller behovet av uppföljningar störst för hörapparater. Det är en stor andel brukare som utnyttjar fritt val och det finns många olika modeller med olika funktion till skilda priser att välja mellan.

Alternativa lösningar och dess konsekvenser

7

Tidigare i rapporten har argumenterats för ett fortsatt behov av prioriteringar inom hälso- och sjukvården samtidigt som det finns önskemål hos patienter, befolkning och flertalet politiker om ökade valmöjligheter och ökat patientinflytande. Dessa argument förvånar förmodligen ingen. Frågan är hur det ska gå ihop.

När det gäller ökat patientinflytande finns en förhoppning hos flera beslutsfattare att det kan kombineras med kraven på prioriteringar. Det finns experiment som visat att patienter i flera fall väljer bort de kostsamma behandlingar som läkare kan föreslå. Patientinflytande kan också leda till att patienter tar större ansvar för vården och valda behandlingar, vilket kan leda till minskade vårdkostnader på sikt. Även om dessa förhoppningar förmodligen är helt korrekta för vissa former av patientinflytande kan ökat patientinflytande i andra sammanhang verka kostnadsdrivande. Enskilda patienter kan ha andra preferenser än samhället och en högre betalningsvilja för förändringar i livskvalitet och hälsa. Mer konkret kan patienter och brukare vara beredda att betala mer för enskilda behandlingsalternativ än vad landstinget anser sig ha råd med.

En nyligen publicerad amerikansk studie, som redovisas i kapitel tre, visar också att vårdtiderna är längre och vårdkostnaderna högre bland patienter som föredrar mer inflytande över sin behandling. Jämfört med befolkningens inställning till val mellan vårdgivare är preferenserna också

mer splittrade när det gäller val av behandling. Medan de allra flesta, inte minst äldre, vill ha möjligheter att välja vårdgivare är det långt ifrån alla, inte minst bland äldre, som vill ha inflytande över valet av behandlingar. Det innebär att generella beslut om att främja patientinflytande kommer att utnyttjas i olika grad i befolkningen, bl a beroende på ålder, utbildning och inkomst. Risken för ojämlikheter mellan grupper kan därmed vara högre än risken för motsvarande ojämlikheter som följd av ökade möjligheterna att välja vårdgivare.

Det finns olika alternativ när det gäller hur kraven på ökat patientinflytande respektive behovet av prioriteringar kan hanteras i framtiden. I detta kapitel kommer tre huvudsakliga lösningar att diskuteras:

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

Enligt den första lösningen hanteras problem på olika sätt efter hand som de uppstår. Beslutsfattare "kränglar sig igenom" problemen utifrån argument som kan variera beroende på situationen.[52] De andra två lösningarna baseras på enhetliga principer, vilket bl a möjliggör transparens och viss förutsägbarhet. Som kommer att visas finns ingen perfekt lösning som dominerar över de andra varianterna. Olika alternativ får istället olika konsekvenser för hur många som kan få en dyrare tjänst eller produkt och vem som betalar. Vilken lösning som kan anses mest acceptabel beror inte minst på betraktarens uppfattningar om vad som är mest rättvist. Denna uppfattning varierar inte bara mellan personer utan också över tiden och beroende på hur problemet beskrivs och definieras. Den frågeställning som diskuteras i kapitlet utgör således ett exempel på ett s k wicked problem.[53] Det finns inte någon slutlig lösning utan problemet måste hanteras av beslutsfattare på ett sätt som flertalet kan acceptera och som svarar mot tidens krav och förväntningar.

52. Begreppet "muddling through" har lånats från Charles Lindbloms klassiska artikel "The Science of "muddling through". Public Administration Review 1959; 19: 79-88.
53. Rittel, H. & Webber, M. Dilemmas in a general theory of planning. Policy Sciences, 1973, 4, 155–69.

Ur ett rättviseperspektiv finns det anledning att oftare än idag välja den tredje lösningen där ökat patientinflytande kombineras med egenavgifter. Den lösningen leder till ojämlikheter men det gör, som ska visas i detta kapitel, även de andra alternativen. Den relevanta frågan är därför vilken ojämlikhet som är mest rättvis (eller minst orättvis).

Ett illustrativt exempel

I syfte att belysa konsekvenserna av de olika lösningarna används ett illustrativt exempel.[54] Det tydliggör de principiella skillnaderna. Vad blir egentligen effekterna om olika lösningar väljs? Vilka patienter får den alternativa behandling som önskas och vem betalar? Nackdelen med att utgå från ett illustrativt exempel är att lösningar och konsekvenser blir tillrättalagda. I praktiken påverkar en mängd faktorer vilka lösningar som kan anses bäst. Problemens olika inramning och vilken publik den möter innebär att en och samma lösning kan framstå som lämplig i ett fall och helt olämplig i nästa. I detta avsnitt bortses från sådana aspekter i syfte att belysa några grundläggande skillnader när det gäller olika lösningars konsekvenser. Praktikens krav och hur dessa kan hanteras tas upp i följande avsnitt.

I syfte att diskutera konsekvenser av de tre lösningarna har ett exempel med tre olika behandlingar med olika kostnader och effekter enligt tabell 7.1 utformats. Som framgår ökar kostnaderna för behandlingsalternativen linjärt. Även effekten av de olika behandlingarna förbättras ju högre kostnader som accepteras, men det blir successivt dyrare att uppnå målet "fler friska så snabbt som möjligt". Ingen av behandlingarna dominerar (lägre kostnader och bättre effekt) vilket gör valsituationen besvärlig. Vid behandling A nås en påtaglig positiv effekt; 70 procent friska inom 12 månader. För ytterligare 50 000 kr per behandling blir något fler friska (85 istället för 70 procent) och de som behandlats blir friska snabbare (11 istället för 12 månader). För ytterligare 50 000 kr ökar andelen som blir friska ytterligare (till 90 procent) men inte lika mycket som när behandling B valdes istället för behandling A. En ekonom hade beskrivit skillnaderna i effekt med begreppet avtagande marginalnytta. Även om exemplet är tillrättalagt kan vi dra många paralleller till utvecklingen i sjukvården i

54. Det valda exemplet är i grunden detsamma som i tidigare refererade debattartikel, Anell A. (1998) Ökat patientinflytande förutsätter nya avgifter. Kommentar till betänkande från HSU 2000: Läkartidningen; 95(13): 1375-1378.

praktiken. Det presenteras ständigt nya behandlingsalternativ för att förebygga, bota och lindra vid sjukdom och skada. Genombrotten är dock mer sällsynta. Ofta bidrar nya behandlingar till vissa förbättringar, men inte sällan till ett högre pris.

Tabell 7.1. Tre behandlingar med olika kostnad och effekt – konstruerat exempel.

Behandling	Kostnad (tusen kr)	Effekt
A	100	70% friska inom 12 månader
B	150	85% friska inom 11 månader
C	200	90% friska inom 11 månader

Frågan är hur valet av behandlingar görs. Utan krav på prioriteringar är naturligtvis behandling C att föredra; den ger bäst effekt. Med ökat patientinflytande över valet av behandling är det rimligen också det alternativ som patienter skulle välja, givet att vården var gratis i samband med vårdutnyttjandet. Med krav på prioriteringar måste dock relationen mellan kostnader och effekter jämföras med motsvarande relation om pengarna satsades på något annat. Utifrån ett sådant krav på prioriteringar är det möjligt att landstingen skulle kommit fram till att behandling B bör väljas. Den ytterligare förbättring som följer med behandling C är inte tillräcklig mot bakgrund av kostnadsökningarna. Frågan är då hur de patienter som faktiskt önskar sig behandling C hanteras.

Bland inte minst läkare, men även hälsoekonomer, är ofta en första reaktion att försöka omdefiniera problemet så att det kan hanteras enkelt.[55] De anser ofta att hänsyn måste tas till indirekta kostnader och produktionsförluster och hävdar att behandling C säkert kan vara kostnadseffektiv givet att fler patienter kan komma tillbaka till arbetet. En annan reaktion är att behoven ofta skiljer sig mellan patienter, vilket skulle ge anledning till olika behandlingsbeslut. De som har stora behov kan nog få C ändå. Det finns även argumentation för behandling C som ett alternativ för de patienter som inte svarar på behandling B. Om alla landsting gick samman skulle det säkert gå att pressa priset så att kostnadseffektiviteten blir

55. Dessa erfarenheter baseras på att exemplet använts i flera olika föredrag för läkare och andra beslutsfattare i vården.

acceptabel. Det finns dock inte några indirekta kostnader i exemplet. De enda kostnadsskillnaderna är de som framgår av tabellen. Priserna är redan pressade. Patienterna har dessutom exakt samma behov och svarar de inte på behandling B så har heller inte C någon effekt. Försöken att omdefiniera problemet och krångla sig ur behovet av prioriteringar är begripliga och relevanta, men illustrerar hur ogärna beslutsfattare i vården vill prioritera bort behandlingsalternativ som har effekt.

Landstingens beslut att tillhandahålla behandling B får även konsekvenser för den information som ges av vårdgivarna. Som behandlats i rapportens kapitel 4 innebär kraven i hälso- och sjukvårdslagen att vårdgivare är skyldiga att informera om alla de behandlingsalternativ som svarar mot vetenskap och beprövad erfarenhet, dvs även behandling C. Därefter måste vårdgivaren informera om att behandling C inte tillhandahålls inom landstinget eftersom kostnadseffektiviteten anses vara för låg. Reaktionen från patienterna kan förväntas bli allt annat än positiv. En rimlig ståndpunkt från vårdgivarna blir att de fortsättningsvis enbart informerar om de behandlingsalternativ som de erbjuder. På detta sätt har landstingens prioriteringar i praktiken begränsat vårdgivares möjligheter att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens intentioner avseende information om behandlingsalternativ till patienter. De få patienter som ändå skaffar sig information och vill ha behandling C kanske tar saken i egna händer och köper behandlingen på den privata marknaden, eller utnyttjar sin privata sjukvårdsförsäkring där vårdgivare kan ha mindre anledning att prioritera bort dyra behandlingar. De riktigt påstridiga kanske kan få behandling C inom den offentligt finansierade vården. Om de är få gör det inte så stor skillnad för de totala vårdkostnaderna.

Sett utifrån exemplet kan konsekvenser av de tre lösningar som angetts i avsnittets inledning diskuteras. Den första lösningen – *muddling through* – skulle innebära att riktlinjer för prioriteringar anger behandling B som huvudsakligt alternativ. Samtidigt bjuds patienter in till ökat inflytande över valet av behandling som följd av generella beslut att patientinflytandet ska öka. Med tanke på hur villkoren påverkar den information som ges av vårdgivare kan förmodas att informationen om behandling C i praktiken blir begränsad. Bland de få patienter som ändå känner till behandlingen kan en del efterfråga att få den inom offentligt finansierad vård. Även om riktlinjer för prioriteringar säger annat kan de riktigt påstridiga även få behandlingen, kanske utifrån hotet att de annars vänder sig till en alternativ vårdgivare. Andra välinformerade kan leta sig fram till behandlingen

på den privata vårdmarknaden, via en privat sjukvårdsförsäkring eller egen finansiering av behandlingen. Det blir dock få som informeras respektive får tillgång till behandling C.

Den andra lösningen – *strikta prioriteringar och hänvisning till privat marknad* – utgör en variant av den första lösningen. Skillnaden är att kraven på prioriteringar är strikta, snarare än mjuka rekommendationer. De patienter som efterfrågar behandling C får konsekvent vända sig till den privata marknaden. Någon möjlighet att få behandlingen ersatt inom offentligt finansierad vård finns inte. Även med denna lösning får få patienter tillgång till behandling C, t o m något färre än i den första lösningen, eftersom det inte är möjligt att få behandling C inom offentligt finansierad vård. Det finns därför ingen risk för att välinformerade och påstridiga patienter skaffar sig fördelar framför andra utan att betala för det.

Den tredje lösningen – *ökat patientinflytande i kombination med egenavgifter* – får större konsekvenser. De patienter som efterfrågar behandling C kan få den men enbart om de betalar mellanskillnaden mot behandling B, dvs 50 000 kronor. De kan förstås också välja att köpa behandlingen på den privata vårdmarknaden. Med denna lösning blir det *fler* patienter som kan efterfråga behandling C, eftersom betalningskraven minskar. De som hänvisas till privata marknaden i den andra lösningen får betala 200 000 kronor, dvs 150 000 kronor mer för att få behandling C jämfört med om patienten enbart behöver betala mellanskillnaden. En annan poäng är att påstridiga patienter inte kan skaffa sig det de vill ha inom offentligt finansierad vård utan att betala extra. Vårdgivare får också bättre möjligheter att följa hälso- och sjukvårdslagens krav på individuellt anpassad information om alla behandlingsalternativ, dvs det går att få behandling C, men då får brukaren betala merkostnaden jämfört med behandling B som landstinget prioriterar.

Den tredje lösningen är vad ekonomer kallar Pareto-sanktionerad eftersom ingen patient får det sämre för att några (de som väljer att betala extra för behandling C) får det bättre. Det är knappast förvånande att åsikter om vilken lösning som är bäst ändå kan variera. Den tredje lösningen kan då utvecklas ytterligare:

> *Antag att 10 procents skatt på merkostnaderna tas ut så att patienterna får betala 55 000 kronor för behandling C. De pengar som blir över när behandlingarna betalats används för att förstärka vården inom andra områden för de som mest behöver det.*

Utgångspunkten för denna utvidgning är de tankegångar som formulerats av filosofen John Rawls. De innebär att ojämlikheter i ett samhälle kan accepteras om de gynnar de som har det sämst ställt.[56] Vissa kan med denna utvidgning gå med på att acceptera möjligheten att betala extra, medan andra skulle protestera mot att det inte gör någon skillnad om skatten är 20 eller 30 procent och menar att det inte ska gå att betala extra för att få bättre vård inom offentligt finansierad verksamhet. Den differensprincip som utformades av John Rawls – att ekonomiska ojämlikheter är rättvisa om det går att visa att de är till gagn för de som har det sämst ställt – accepteras därmed inte.

En annan fråga är om det spelar någon roll vilken verksamhet som avses. En rimlig gissning är att fler kan acceptera ojämlikheter utifrån individers betalningsvilja om det handlar om val av multifokal lins i samband med kataraktoperation eller avancerade hörapparater (som beskrivits i kapitel 6) än om det handlar om val mellan behandlingsalternativ som gör fler friska, lindrar smärta eller ger fler levnadsår.

Principer för egenavgifter

Utifrån det illustrativa exemplet kan visas att patientinflytande genom egenavgifter kan leda till att fler patienter får det de önskar. De fall som beskrivits i kapitel 6 visar att detta inte bara är teori utan också den effekt som uppkommer i praktiken, även om andelen patienter som väljer alternativ vårdtjänst eller produkt varierar utifrån förutsättningarna. Ökat patientinflytande som inte kombineras med egenavgifter för de behandlingar som landstingen prioriterar bort ger sannolikt upphov till brister i den information som ges till patienter. Hur många patienter som opererats för grå starr i Sverige under 2013 informerades egentligen om att det finns s k multifokala linser som alternativ. Motsvarande frågor kan ställas för flera andra vårdtjänster, där insatsfaktorer med olika pris och kvalitet kan ingå. Ett exempel är höft- och knäprotesoperationer där proteser med olika kvalitet, pris och förväntad livslängd kan användas. Med mjuka riktlinjer för prioriteringar finns risk att påstridiga patienter kan få sina önskemål tillgodosedda även om det bryter mot landstingets prioriteringar. Andelen välinformerade och påstridiga patienter varierar troligen med socioekonomiska faktorer på samma sätt som önskemålen om inflytande vid val av behandling, vilket i så fall leder till socioekonomiska ojämlikheter.

56. Rawls J. (1971) A theory of justice.

Oavsett vilken lösning som väljs i det illustrativa exemplet blir det ojämlikt genom att åtminstone en del av patienterna får tillgång till behandling C. Det blir mycket få patienter vid strikta prioriteringar och hänvisning till privata vårdmarknaden. Det blir fler patienter om det finns möjligheter att betala mellanskillnaden. Frågan är vad som är mer eller mindre ojämlikt. Är det kanske ett mindre bekymmer om bara några få procent av patienterna får tillgång till behandling C jämfört med om tio procent eller kanske hälften av patienterna får det? Uppkommer den största ojämlikheten när patienter får möjlighet att betala extra inom offentligt finansierad vård, snarare än hur många som berörs?

Beroende på individers värderingar och uppfattningar om rättvisa finns olika principiella svar på dessa frågor. I praktiken, dvs när beslut ska fattas om villkor i ett konkret fall, kan uppfattningarna variera beroende på problemens inramning. Det är också på detta sätt vi kan förklara att avgifterna har olika stor betydelse i olika delar av vården. För tandvård och läkemedel betalar privatpersoner betydligt högre avgifter än för öppen och sluten vård. De flesta tandvårdstjänster och många läkemedel är inte subventionerade alls. Samma förhållanden råder i andra länder. Även inom hjälpmedelsområdet är avgifterna fler och högre. Få individer skulle förmodligen acceptera lika höga avgifter inom akutsjukvården som vi gör inom tandvården.

Om acceptansen för egenavgifter i syfte att öka patientinflytandet varierar beroende på inramningen är det relevant att försöka utveckla kriterier som gör det enklare att bedöma olika situationer. Utan sådana kriterier blir besluten godtyckliga och kan variera beroende på när och av vem de fattades. Med tanke på den variation som finns idag mellan landsting och kommuner finns skäl att misstänka att beslut om avgifter i många fall fattats godtyckligt. Det finns också variationer inom landsting som är svåra att förklara på andra sätt än att besluten tas oberoende av varandra. I Region Skåne finns exempelvis möjligheter för brukare att välja hörapparat fritt om de själva betalar utöver ett rekvisitionsbelopp. En sådan princip försvaras med att den ger individer ökad valfrihet. Däremot finns ingen möjlighet att betala extra för multifokal lins i samband med kataraktoperation. Med tydliga och enhetliga kriterier blir besluten mindre godtyckliga och mer transparenta. Även om besluten inte blir enklare så behöver det inte ständigt omprövas på vilka grunder besluten tas. Det ökar sannolikheten för att besluten blir mer enhetliga och beaktar olika relevanta perspektiv, t ex hur kraven på ökat patientinflytande kan

bemötas inom ramen för en hälso- och sjukvård som måste prioritera hur resurserna används.

Ett ramverk med kriterier för egenavgifter inom vården har tidigare redovisats i en SNS-bok av Per Carlsson och Gustav Tinghög vid Linköpings universitet.[57] Förslagen i boken appliceras på läkemedel men referensramen är generell och har presenterats i tidigare artiklar och även testats på hjälpmedel.[58] Ramverket utgår från sex kriterier (se särskild ruta). För vart och ett av kriterierna görs en bedömning i nivåerna låg, måttlig eller hög grad av uppfyllelse, som ges 1, 2 respektive 3 poäng. För att uppnå den högsta nivån inom respektive kriterium ska personer själva kunna bedöma behov, kvalitet och effekt (tillräcklig kunskap) och vara i stånd att fatta beslut som är rationella och välmotiverade (individuell autonomi). Den positiva effekten ska tillfalla främst användaren med på sin höjd en liten effekt på det omgivande samhället (externa effekter). Efterfrågan ska vara så stor att den är tillräckligt för att ett privat utbud ska skapas (tillräcklig efterfrågan) och den årliga kostnaden för personer får uppgå till högst 1 000 kr per år (överkomligt pris). Den tjänst som avses ska förknippas med förhöjd livskvalitet och i ringa grad syfta till att förebygga, bota eller lindra sjukdom (livsstilsförbättringar).

Ramverk med sex kriterier för att undersöka lämpligheten av egenfinansiering enligt Carlsson & Tinghög.

Kriterium 1: Tillräcklig kunskap - Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör vara sådan att flertalet individer har god förmåga att värdera behov och kvalitet både före och efter användning.

Kriterium 2: Individuell autonomi - Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör främst nyttjas av individer som kan betecknas som autonoma och reflekterande i sina beslut.

57. Carlsson P, Tingshög G. (2013) Läkemedel. När är det rimligt att betala själv? SNS Förlag.
58. Tinghög G, Carlsson P, Lyttkens CH (2010) Individual responsibility for what? – a conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system. Health Economics Policy and Law; 5: 201-223; Tinghög G, Carlsson P. (2012) Individual responsibility for healthcare financing: An application of an analytical framework exploring the suitability of private financing of assistive devices. Scandinavian Journal of Public Health; 40(8): 784-794.

Kriterium 3: Externa effekter - Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör förknippas med små positiva externa effekter.

Kriterium 4: Tillräcklig efterfrågan - Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör vara förknippad med en efterfrågan som är tillräckligt omfattande och regelbunden för att en kommersiell marknad ska kunna uppstå.

Kriterium 5: Överkomligt pris - Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör vara förknippad med en utgift som är överkomlig för de flesta i behov av insatsen.

Kriterium 6: Livsstilsförbättringar - Vårdinsatser/produkter förknippade med "livsstilsförbättringar" snarare än med medicinsk nödvändighet är mer lämpade för privatfinansiering.

Källa: Carlsson P, Tingshög G. (2013) Läkemedel. När är det rimligt att betala själv? SNS Förlag.

Om det sammanlagda antalet poäng är högt finns goda argument för att vårdtjänsten eller produkten kan finansieras via individers egenansvar, t ex genom avgifter. Är däremot poängsumman låg finns anledning att vara försiktig med egenfinansiering. Utifrån en analys av olika läkemedel kommer författarna fram till att läkemedel vid avancerad cancer (Zytiga) får låga poäng medan vaccination för TBE (fästingburen virussjukdom) får höga poäng. I de åtta fall som bedöms konstateras att de fyra som får lägst poäng subventioneras helt och hållet av hälso- och sjukvården redan idag, bortsett från de vanliga patientavgifterna i samband med läkarbesök och recept. För två av de fyra fall som får högst poäng betalar individen hela kostnaden själv, medan det i ett tredje fallet (speciallivsmedel vid glutenintolerans) finns variationer med bidrag inom några landsting. Det enda fallet där praxis inte stämmer med poängsumman är behandling av måttligt förhöjda blodfetter med statiner. I analysen får sådan statinanvändning lika höga poäng som vaccination mot TBE, dvs egenfinansiering skulle lämpa sig relativt väl. I praktiken är dock all statinbehandling subventionerad eftersom Tandvårds- och läkemedelsförmånsnämnden (TLV)

inte gjort någon skillnad i bedömningen beroende på hur läkemedlet används.

Ramverket som utvecklats av Carlsson m fl är intressant och kan åtminstone delvis användas även om syftet är att använda egenavgifter för att möjliggöra patientinflytande. För en del kriterier tycks dock utgångspunkten i hög grad vara vilka vårdtjänster och produkter som passar för egenvård, dvs sådant som patienter och brukare kan köpa utan krav på recept eller beslut från läkare. Statiner för behandling av måttligt förhöjda blodfetter fick förvisso höga poäng trots att sådan läkemedelsbehandling förutsätter besök hos läkare som skriver ut recept. I t ex England finns dock statiner i låg dos tillgängliga på apotek receptfritt, vilket innebär att andra myndigheter ansett läkemedelsanvändningen lämplig för egenvård.

Om vi tar bort utgångspunkten att vårdtjänsten eller produkten ska fungera för egenvård är det främst bedömningen utifrån det första kriteriet som påverkas, tillräcklig kunskap. Även i de situationer där personer behöver medicinsk expertis för att bedöma behov, kvalitet och effekt skulle egenfinansiering kunna fungera. Poängen med ökat patientinflytande är att varken patienter eller läkare var för sig har tillräcklig information för att fatta väl motiverade beslut när det finns alternativa behandlingar. Patienter har alltid bättre information om sina preferenser givet alternativens konsekvenser. Läkaren har oftast bättre kunskap om olika alternativ och dess för- och nackdelar sett till erfarenheter från de patienter som behandlats tidigare. Utifrån ambitioner om ett ökat patientinflytande är det därför mera tveksamt om tillräcklig kunskap är ett relevant kriterium. Det är möjligt att definiera de enkla fallen av egenfinansierad vård utifrån detta kriterium, de som passar för egenvård. Men utrymmet för förändringar och att kombinera ökat patientinflytande och egenavgifter för det som prioriteras bort av landstinget blir begränsat.

Det är också mer tveksamt om bedömningar av efterfrågan och om priset är överkomligt ska ha betydelse. För det första kan myndigheters bedömningar av efterfrågan och hur den utvecklas vara helt felaktiga. Även om priser är höga och efterfrågan är låg till en början kan det snabbt förändras genom en dynamisk utveckling av vårdtjänster och ökande volymer som successivt pressar priserna. En 42 tums platt tv kostade minst 60 000 kr för 12 år sedan; det gör den inte längre. Kriteriet för överkomligt pris hänger samman med att de flesta ska ha råd med tjänsten eller produkten och utgångspunkten är hur de gemensamma resurserna prioriteras. Om priset är tillräckligt lågt (att de flesta berörda

kan ta del av vårdtjänsten och produkten) kan beslut om egenfinansiering frigöra offentliga resurser för andra ändamål. Om utgångspunkten är ökat patientinflytande blir däremot bedömningen annorlunda. Utifrån detta perspektiv är det snarast en poäng att vården varierar utifrån individens preferenser. Egenavgifter blir ett sätt att hantera heterogena preferenser hos patienter. Det finns därför inga bra argument för att patientinflytande genom egenavgifter skulle hindras enbart för att avgifterna kan vara höga. Det som patienter eller brukare får tillgång till via egenavgifter är ändå sådant som landstingen prioriterat bort.

Utifrån ovanstående kan det mer generellt diskuteras om de kriterier som föreslås av Carlsson & Tinghög är lika viktiga. Betydelsen av olika kriterier varierar också beroende av perspektiv. Sett utifrån en ambition att kombinera patientinflytande med egenavgifter för sådant som landstingen prioriterat bort finns i första hand tre kriterier att ta hänsyn till.

Det första kriteriet är bedömning av patienters och brukares individuella autonomi. Om patienter inte är i stånd att fatta rationella och välmotiverade beslut är naturligtvis ökat patientinflytande i sig olämpligt. Det blir inte bättre för att patientinflytande kombineras med egenavgifter. Exempel på situationer när kravet inte är uppfyllt är t ex vård av svårt sjuka, förvirrade patienter eller sjukdomar som direkt påverkar individers förmåga att fatta beslut, såsom demens och psykisk ohälsa.

Det andra kriteriet är att det inte finns påtagliga externa effekter. Om det finns positiva effekter för andra av att en viss vårdtjänst eller produkt används bör den inte avgiftsbeläggas. Exempelvis finns anledning att subventionera vaccinering mot smittosamma sjukdomar. Det finns också anledning att bedöma eventuella negativa effekter för andra patienter och brukare. Möjligheten för en del patienter att betala extra för vårdtjänster eller produkter skulle t ex kunna medföra att vården för andra patienter eller brukare blir sämre i något avseende. I exemplen med multifokal lins, hörapparater liksom alternativa läkemedel påverkas inte det arbete eller den vårdtjänst som utförs av läkare eller andra. Det som skiljer är kvaliteten i den produkt som används inom ramen för en och samma vårdtjänst. Patientinflytande i kombination med egenavgifter blir då enklare att acceptera. Om patienter kan betala extra för att få tillgång till eget rum på sjukhus eller möjlighet till längre vårdtid (om patienten så vill) påverkar detta dock alla andra patienter negativt genom sämre tillgång till vårdplatser. På kort sikt är kapaciteten när det gäller vårdplatser begränsad. Mer generellt förefaller det enklare att kombinera ökat patientinflytande

och egenavgifter när det gäller val av produkter (implantat, hjälpmedel, läkemedel och liknande) än när det gäller vårdtjänster som ställer nya krav på personal och utnyttjandet av en gemensam kapacitet.
Det tredje kriteriet handlar om vilken typ av effekter som vårdtjänsten eller produkten ger. Det finns idag begränsade kunskaper om hur befolkningen värdesätter olika former av förbättringar i samband med att en vårdtjänst eller en produkt utnyttjas i ett visst sammanhang. På en övergripande nivå är dock vården av svårt sjuka patienter och behandling av akuta livshotande sjukdomar och skador prioriterade. Det finns en "rule of rescue" som gör det svårt att överhuvudtaget prioritera i dessa situationer. I dessa sammanhang finns förmodligen mycket begränsade möjligheter att kombinera patientinflytande och egenavgifter, även i de situationer när kraven på individuell autonomi och frånvaro av externa effekter är uppfyllda. Det accepteras helt enkelt inte av vare sig befolkning, patienter eller de som jobbar i vården. I andra ändan finns sådana vårdtjänster och produkter som i första hand syftar till att förbättra livskvalitet och funktionsförmåga bland de som redan har en god hälsa. Det är här utrymmet för patientinflytande i kombination med egenavgifter är som störst.

Hur stämmer olika lösningar med Riksdagens riktlinjer för prioriteringar?

Ramverket som utformats av Carlsson & Tinghög ska enligt författarnas egen beskrivning "ses som ett verktyg för att identifiera varor och tjänster som med fördel kan fördelas på en privat marknad med hänsyn tagen till både effektivitet och jämlikhetsaspekter" (s 64). Med den utgångspunkten är det också naturligt att författarna anser att Riksdagens riktlinjer för prioriteringar kan behöva revideras. Frågan om egenansvar skulle kunna bedömas som en fjärde, fristående princip. Sett utifrån perspektivet ökat patientinflytande är det mindre självklart att det behövs några förändringar i Riksdagens riktlinjer.

Ökat patientinflytande i kombination med egenavgifter som det behandlats i denna rapport handlar om hur det går att hantera att individer har önskemål om behandlingsalternativ som landstinget prioriterat bort. Eftersom Riksdagens beslut handlar om hur offentliga resurser ska användas så kan hävdas att egenfinansiering av sådana behandlingsalternativ inte är i konflikt med principerna. Däremot kan hävdas att ökat patientinflytande utan en delvis ny roll för egenavgifter kan leda till en hälso- och sjukvård som inte svarar mot riktlinjerna. Socioekonomiskt

starka individer kan skaffa sig fördelar som inte har någon koppling till skillnader i behov jämfört med andra utan att behöva betala extra för det. I det perspektivet innebär en ny roll för egenfinansiering förvisso risk för uppfattningar om att skillnaderna ökar (mera transparens och fler får det de önskar), men även bättre möjligheter att faktiskt följa Riksdagens riktlinjer för prioriteringar av de gemensamma resurserna.

För läkemedel som inte är subventionerade finns redan möjlighet för individer att få dem genom att betala själv. Ingen tycker att detta inte svarar mot riktlinjerna för prioriteringar, snarare tvärtom. Borde inte liknande principer gälla all vård? Och om nu landstinget är beredd att finansiera vården upp till en viss nivå när det gäller acceptabel kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY), borde det inte gå att själv få betala extra och därmed få tillgång även till mindre kostnadseffektiva behandlingar? Utifrån de principer som formulerats i detta kapitel skulle svaret på frågan vara ja i princip, men inte oreserverat. Individers autonomi och förekomst av externa effekter måste prövas. Även om dessa kriterier är uppfyllda så varierar svaret beroende på problemets inramning, dvs vilken typ av effekt som åstadkoms för vilka patienter och brukare.

Hur främjar olika lösningar innovationer i vården?

Ett ytterligare argument för patientinflytande i kombination med egenavgifter är att det kan gynna en utveckling av innovativa vårdtjänster och produkter. Detta blir tydligt i exemplet med fritt val av hörapparater. Som redovisats finns ett stort spann från enkla till mera avancerade hörapparater. Utvecklingen på området är snabb och kan jämföras med den som finns på andra teknikområden, t ex mobiler. Om landstinget varit ensam inköpare av mobiltelefoner i landet skulle vi knappast haft en sådan uppsjö av modeller i olika prisklasser riktade mot olika kundsegment. Om det fanns behov av en annan modell skulle landstinget få vända sig till andra länders mobilmarknader. Om landstinget varit den enda inköparen av mobiltelefoner i världen skulle det förmodligen varit en katastrof. Tillverkare av mobiltelefoner skulle knappast ha möjlighet att försöka utveckla alla de nyheter som ständigt presenteras idag, om landstinget i första hand fokuserar på kvaliteter som de flesta kan ha nytta av till ett överkomligt pris. Då missas att det som är avancerat och dyrt idag kommer bli allas tillgång imorgon. De hörapparater som idag klassas som de mest avancerade kommer förmodligen att i en framtid utgöra en del av landstingens bassortiment.

På detta sätt kan också flertalet konsumenter ha nytta av att några går före och efterfrågar det senaste och dyraste. Dessa "early adopters" skapar efterfrågan på ny teknik som banar väg för ökande volymer och sänkta kostnader, så att alla kan få ta del av tekniken till ett mer rimligt pris i ett senare skede. För att behålla sina positioner på en innovativ marknad måste också producenter investera i utveckling så att det hela tiden går att ta fram nya produkter. Det är en stor skillnad jämfört med en stagnerande marknad där intresset bland producenter i huvudsak handlar om att pressa kostnaderna i olika led av produktionen. Tillverkare av hörapparater behöver därmed köpare som efterfrågar det senaste och bästa för att de ska vara intresserade av att driva utvecklingen framåt. Om det enbart är pris till hyfsad kvalitet och prestanda som står i fokus så inriktas innovationerna på att sänka kostnader i produktionen, snarare än att ta fram nya bättre produkter.

Även vårdgivare kan ha nytta av att några patienter och brukare går före och efterfrågar det som landstingen prioriterat bort. När det gäller hörapparater så tappar audionomer i kompetens om de inte får erfarenhet av att prova ut också de mer avancerade modellerna. Det är dessa som i en framtid ska utnyttjas av de flesta, om de visar sig tillräckligt bra i förhållande till sitt pris. Vi kan också dra paralleller till fallet med multifokal lins i samband med kataraktkirurgi. I dag är den linsen ovanlig i Sverige. Det gäller även i Stockholm där patienter har möjligheter att betala extra för att få den istället för den vanliga linsen. Men hur ser det ut i framtiden? I USA finns uppgifter från kliniker att var femte patient väljer multifokal lins, och det finns ytterligare varianter av linser att välja mellan. På samma sätt som gäller hörapparater kan vårdgivare tappa i kompetens om de inte får prova det som är nytt. På sikt kan det också innebära att vårdgivarna blir en del av problemet. Tekniken finns och även beredskap att betala för den. Men vårdgivarna saknar kompetensen att använda den eftersom de endast använt den teknologi som prioriterats av landstingen.

Även om egenavgifter kan främja patientinflytande och utveckling av nya vårdtjänster och produkter ska noteras att de marknader som skapas inte är oproblematiska. När det gäller hörapparater står det inte klart att de brukare som väljer fritt och betalar extra verkligen får någonting som är bättre än landstingens sortiment. Ibland förefaller informationen om att brukare även kan välja i landstingens sortiment inte nå fram. Innovationer i vården finns i många olika former. Det vi i dagligt tal refererar till är det som är bra och som handlar om nya vårdtjänster och produkter. Men

innovationer kan också handla om att vårdgivare anpassar sig och utnyttjar systemets spelregler för egen vinning. Det kan handla om att "lura" patienter och brukare att efterfråga en viss tjänst eller produkt för att de själva (snarare än patienten) tjänar på det. Information om för- och nackdelar med t ex multifokala linser och olika hörapparater skulle kunna beskrivas på ett obalanserat sätt som driver upp efterfrågan, och därmed vårdgivares vinst.

En åtgärd för att motverka sådant beteende är att det finns ett regelverk kring den information som vårdgivare ska ge patienter och brukare. En annan åtgärd är att följa upp hur patienter och brukare utnyttjar möjligheten att betala extra och om det finns anledning att ändra på regelverket. En tredje åtgärd är att lösningar med patientinflytande och egenavgifter också omfattar offentliga vårdgivare.

Pandoras ask? 8

En generell invändning mot ökat patientinflytande i kombination med egenavgifter är att principen är en sk Pandoras ask. När principen är accepterad inom ett område blir det enklare att acceptera den även på nästa. På så sätt skulle hälso- och sjukvården snart styras av individers betalningsvilja i mycket högre utsträckning än vi tänkte oss från början. I en sådan situation skulle dagens sociala kontrakt, där det finns en stark uppslutning kring en solidariskt finansierad vård, kunna gå förlorad. Utvecklingen är också irreversibel; det är svårt att gå tillbaka till utgångsläget. Ett mycket belysande sätt att uttrycka problem med sådana irreversibla processer användes av den kanadensiska ekonomiprofessorn Robert G. Evans – *det är lätt att trycka tandkrämen ur tuben, med förbaskat svårt att trycka tillbaka den*.

Den lösning med patientinflytande och egenavgifter som diskuteras i rapporten är dock inte ny utan existerar redan. Som visats i rapporten finns en rad exempel på att patienter och brukare kan betala extra och få tillgång till alternativa vårdtjänster och produkter. Det gäller främst tandvård, hjälpmedel och läkemedel men även andra områden. De förbättrade möjligheterna att söka vård nationellt och inom EU/EEC ställer krav på att individer svarar för reskostnader respektive eventuella merkostnader jämfört med samma vård i Sverige. Andelen svenskar som har tillgång till en privat sjukvårdsförsäkring ökar dessutom, vilket är en annan möjlighet att öka patientinflytandet i kombination med privat finansiering. Pandoras ask har på så sätt redan öppnats. Det är därför angeläget att reda ut vilka principer som ska gälla i framtiden.

Idag varierar besluten om egenavgifter godtyckligt mellan olika områden och mellan landsting och kommuner. Ibland finns också till

synes godtyckliga skillnader inom ett och samma landsting. Motsvarande bedömning att egenavgifters konstruktion idag styrs av oklara regler har lyfts fram av andra.[59] Det är dock få som diskuterat hur egenavgifter hänger samman med patientinflytande, vilket varit fokus i denna rapport. Oftast ses egenavgifter som ett sätt att minska efterfrågan på vård eller som i viss mån bidragande till vårdens finansiering.

En del bedömare kan därför tycka att det är krångligt att kombinera egenavgifter med patientinflytande. Det ger heller ingen dämpande effekt på efterfrågan utan stimulerar snarast till ökad efterfrågan på det som landstingen prioriterat bort. Bättre då att höja egenavgifterna generellt, kan samma bedömare tycka. Egenavgifter har dock olika dämpade effekt på efterfrågan beroende på individers betalningsförmåga och betalningsvilja. Generellt höjda patientavgifter eller höjda nivåer i högkostnadsskydden för vård och läkemedel skulle helt säkert minska efterfrågan en del. Men en sådan generell höjning slår alltid kraftigast mot de som har det sämst ställt. Om vi vill ha jämlikhet i tillgången till vård är det i så fall nödvändigt att koppla avgifter och högkostnadsskydd till individers inkomster. Men även egenavgifter som kopplats samman med ökat patientinflytande kommer att leda till ojämlikheter mellan socioekonomiska grupper. Alla har inte råd att betala extra för en multifokal lins eller en avancerad hörapparat. Ojämlikheten avser dock tillgång till vårdtjänster och produkter som landstinget prioriterat bort. Generellt höjda avgifter, däremot, slår även mot den vård som är prioriterad. Det är en mycket viktig skillnad.

Generellt höjda avgifter är inte heller någon lösning när patienter och brukare vill ha mer inflytande och tillgång till de behandlingsalternativ och produkter som landstinget prioriterat bort. Även om vi höjer avgifter och högkostnadsskydd generellt finns anledning att tro att sådana situationer kommer att uppstå allt oftare. Landstingen måste prioritera; patienter och brukare vill i allt högre grad ha information och inflytande. Om inte möjligheten till inflytande finns inom landstingen kommer en del individer att skaffa sig det på annat sätt. Privata sjukvårdsmarknaden är en lösning där individerna betalar själva, eller oftare deras arbetsgivare. Men det kan också finnas andra sätt för välinformerade och påstridiga att få det de vill ha och ändå få det finansierat av landstinget. Kanske går det att besöka ett annat landstings vårdgivare med mer generösa villkor?

59. Carlsson & Tinghög 2013; SNS Konjunkturråd 2014.

Kanske går det att besöka en klinik i ett annat EU-land och få ersättning från Försäkringskassan? Ett aktuellt exempel är svettbehandling, där allt fler skaffar sig en behandling utomlands som prioriterats bort av landstingen, och där landstingen ändå i slutändan får betala.[60] Bättre då att ge fler möjligheter till inflytande i kombination med egenavgifter i det egna landstinget och spara de gemensamma resurserna till det som är mest angeläget.

I syfte att ge stöd till en ny syn på egenavgifter i vården bör det även gå att fundera över förändringar i hälso- och sjukvårdslagen. Vi kan t ex leka med tanken att landstingen fick skyldigheter att erbjuda de vårdtjänster eller produkter som prioriterats bort om patienter är beredda att betala merkostnaden, om inte särskilda skäl talar emot (se särskild ruta). I den nya formuleringen finns också hänvisning till behandlingens effekt, och inte bara kostnader, vilket stämmer bättre med Riksdagens riktlinjer och den tredje principen om kostnadseffektivitet för prioriteringar.

Tidigare formulering - "*När det finns flera behandlingsalternativ som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet skall landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar..... om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.*" (HSL 3 a §)

Ny formulering – "*.... om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och relationen mellan kostnader och effekter av behandlingen framstår som befogat. Patienten ska ges möjlighet att själv betala merkostnaden för de behandlingsalternativ som landstingen inte prioriterar, om inte andra skäl talar emot.*"

Det är inte rimligt att skyldigheten alltid gäller, vilket talar för att det är nödvändigt med en begränsning utifrån andra skäl såsom anges i rutan. Sådana skäl är om möjligheten strider mot Riksdagens riktlinjer för prioriteringar, om det finns brister i individers förmåga att fatta beslut (individuell autonomi) eller om det finns externa effekter inklusive undanträngning

60. Dagens Medicin 29 januari 2014 s. 6.

av andra patienter. Däremot finns ingen anledning att sjukdomens eller skadans svårighetsgrad skulle vara skäl till avvikelser sett till lagtextens formulering. Om landstingen inte vill prioritera visst nytt och dyrt cancerläkemedel för att det har för dålig kostnadseffektivitet så bör i princip patienter få köpa denna behandling själva. Om patienter erbjuds att betala mellanskillnaden mot den behandling som landstingen subventionerar kan än fler patienter utnyttja möjligheten.[61]

Sådana möjligheter skulle naturligtvis leda till mycket diskussioner och debatt om varför inte alla ska få del av den nya behandlingen. Det är i så fall bra eftersom det ökar landstingens ansträngningar att pressa priserna eller att ge behandlingen till flera patienter genom att höja betalningsviljan. Detta är inte bara teori. Det är exakt den utveckling som varit gällande för cancerläkemedlet Zytiga.[62] TLV tyckte det var för dyrt och även landstingen gjorde den bedömningen. Ett sjukhus erbjöd patienter att betala extra vilket skapade en debatt som till sist innebar att landstingen upphandlade läkemedlet till lägre pris och gjorde behandlingen tillgänglig för flera.

Det är möjligt att den viktigaste effekten av en lagändring enligt ovan skulle ge mer resurser till de områden som verkligen är prioriterade. Inom sådana områden upplever sannolikt politiker att det är särskilt besvärligt att erkänna att de inte har råd med det bästa. En sådan omprioritering behöver inte vara fel. Men det innebär samtidigt att det blir mer angeläget att prioritera bort det som är mindre viktigt att finansiera med gemensamma resurser. Samtidigt ökar kraven på patientinflytande i olika former. Egenavgifter i kombination med patientinflytande ger då fler tillgång till det de önskar sig och kan betraktas mer rättvist än alternativa lösningar.

61. Sådana lösningar har också skisserats av andra, se Drummond M, Towse A. Is it time to reconsider the role of patient co-payments for pharmaceutiocals in Europé? European Journal of Health Economics 2012; 13: 1-5.
62. Se Carlsson P, Tingshög G. (2013) Läkemedel. När är det rimligt att betala själv? SNS Förlag, sidan 49-50.

Referenser

Academy Health. The current and future role of consumers in making treatment decisions. Issue Brief 4 of 6, October 2007.

Anell A, Nylinder P, Glenngård A. (2012) Vårdval i primärvården. SKL: Stockholm.

Anell A, Rosén P. (1996) Valfrihet och jämlikhet i vården. SNS Förlag.

Anell A, Rosen P, Hjortsberg C. (1997) Choice and participation in the health services: a survey of preferences among swedish residents. Health Policy; 40(2): 157-168.

Anell A. (1998) Ökat patientinflytande förutsätter nya avgifter. Kommentar till betänkande från HSU 2000: Läkartidningen; 95(13): 1375-1378.

Anell A. (2013) Vårdval i specialistvården. SKL: Stockholm.

Annika S, Andersen T, Roine J. (2014) Konjunkturrådets rapport 2014. Hur får vi råd med välfärden? SNS Förlag.

Beckman A, Anell A. (2013) Changes in health care utilization following a reform involving choice and privatization in Swedish primary care: A five-year follow-up of GP-visits. BMC Health Services Research.

Beckman A, Anell A. (2013) Hur har individers konsumtion av läkarbesök förändrats efter införande av Hälsoval Skåne? Läkartidningen 2013; 110(12): 622-23.

Calladine D, Evans JR, Shah S, Leyland M. (2012) Multifocal versus monofocal intraocular lenses after cataract extraction. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD003169.

Carlsson P, Tinghög G. (2013) Läkemedel. När är det rimligt att betala själv? SNS Förlag.

Charles C, Gafni A, Whelan T. (1997) Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango) Social Science and Medicine; 44(5): 681-692.

Directive 2011/24/EU, on the application of patients´ rights in cross-border healthcare.

Drummond M, Towse A. Is it time to reconsider the role of patient co-payments for pharmaceutiocals in Europe? European Journal of Health Economics 1012; 13: 1-5.

Ds 2012:6. Patientrörligheten i EU, del 1.

Glenngård A H. (2013) Objectives, actors and accountability in quasi-markets: Studies of Swedish primary care. Lund University School of Economics and Management.

Guadagnoli E, Ward P. (1998) Patient participation in decision-making. Social Science and Medicine; 47(3): 329-339.

Hood CA. (1991) A public management for all Seasons? Public Administration; 69: 3-19.

HRF (2009). John Wayne bor inte här. Om hörselskadade och hörselvården i Sverige.

Janlöv N, Rehnberg C. (2011) Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – år 2012. Rapport nr 2011:15. Stockholm: Karolinska Institutets Folkhälsoakademi.

Kraetschmer N, et al. (2004) How does trust affect patient preferences for participation in decision-making? Health Expectations; 7: 317-326.

Lapsley I. (2008) The NPM agenda: Back to the future. Financial accountability and management; 24(1): 77-96.

Levinson W, et al. (2005) Not all patients want to participate in decision making. Journal of General Internal Medicine; 20(6): 531-535.

Lindholm, C. (1959). The Science of "muddling through". Public Administration Review 1959; 19: 79-88.

Olsson L, Hansson E, Ekman I, Karlsson J. (2009) A cost-effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway. Journal of Advanced Nursing; 65(8): 1626-1635.

Rawls J. (1971) A theory of justice. Oxford University Press.

Regeringens proposition 2012/13:150. Patientrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning.

Rittel, H. & Webber, M. Dilemmas in a general theory of planning. Policy Sciences, 1973, 4, 155–69.

Rosen P, Anell A, Hjortsberg C. (2001) Patient views on choice and participation in primary health care. Health Policy; 55(2): 121-128
Saltman R. (1992) Patientmakt över vården. SNS Förlag.
SBU (2003) Hörapparat för vuxna - nytta och kostnader. Rapport nr: 164.
Skoglund C. (2012) Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige – omfattning och utveckling. Rapport till SKL.
SNS (2014) Konjunkturrådets rapport 2014. Hur får vi råd med välfärden? SNS Förlag.
SOU (1990:44) Demokrati och makt i Sverige.
SOU (1997:154) Patienten har rätt.
SOU (2013:2) Patientlag – Delbetänkande av Patientmaktsutredningen.
Svallfors S. (1996) Välfärdsstatens moraliska ekonomi. Boréa.
Tak H J, Ruhnke G W, Meltzer D O. (2013) Association between preferences for participation in decision making with length of stay and costs among hospitalized patients. JAMA; 173(13): 1195-1203.
Tinghög G, Carlsson P, Lyttkens CH. (2010) Individual responsibility for what? – a conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system. Health Economics Policy and Law; 5: 201-223.
Tinghög G, Carlsson P. (2012) Individual responsibility for healthcare financing: An application of an analytical framework exploring the suitability of private financing of assistive devices. Scandinavian Journal of Public Health; 40(8): 784-794.
Vårdanalys (2012) Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvården. Rapport 2012:2. Vårdanalys: Stockholm.
Vårdanalys (2013) Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård – en extern utvärdering. Myndigheten för Vårdanalys: Stockholm.
Vårdanalys (2013) Vem har vårdvalet gynnat? Vårdanalys rapport 2013:1.

Om forskningsprogrammet Uppdrag Välfärd

De tre fristående tankesmedjorna Entreprenörskapsforum, Fores och Stiftelsen Leading Health Care driver gemensamt forskningsprogrammet Uppdrag Välfärd. Inom programmet genomför vi ett antal studier som samtliga behandlar frågor om hur vi ska utföra, organisera, styra, och utvärdera framtidens vård, omsorg och skola.

Syftet är att på vetenskaplig grund bidra till att svara på centrala frågor för beslutsfattare i företag, offentliga myndigheter och organisationer. Programmet bedrivs i ett antal projekt kring tre teman: styrsystem, ledarskap och innovation & utveckling, samt projekt som ligger i skärningspunkten mellan dessa teman. Varje projekt leds av en eller flera personer med forskarkompetens.

Uppdrag Välfärd leds av en styrgrupp bestående av de tre institutens chefer. Vi har även en rådgivande referensgrupp bestående av ett 20-tal representanter för företag, ideella organisationer, intresseorganisationer och myndigheter med anknytning till välfärdssektorn. Forskningsprogrammet finansieras huvudsakligen av referensgruppens medlemmar.

Det ställs allt högre krav på patientinflytande i hälso- och sjukvården. Även om patientinflytande kan bidra till förbättrad hälsa och lägre kostnader, kan det i andra sammanhang finnas en motsättning mellan enskilda patienters och brukares önskemål om viss behandling och mer prioriterade behov.

I denna rapport utreder Anders Anell den möjliga rollen för egenavgifter där patienter och brukare får betala merkostnaden för vård som prioriteras bort av huvudmännen. Denna lösning används redan inom vissa vårdområden i vissa landsting. En viktig fråga är om patientinflytande i kombination med egenavgifter motsvarar kraven på jämlikhet och rättvisa i vården.

Rapporten nyanserar diskussionen om privat medfinansiering utifrån flera relevanta vinklingar. För det första är patientinflytande i form av behandlingsval angeläget både ur individens perspektiv och som en del av den allmänna transparensen i hälso- och sjukvårdssystemet. Det är olyckligt om kravet på prioriteringar leder till att vårdgivare undanhåller att informera om behandlingsalternativ som inte ryms inom den offentliga finansieringen. För det andra kan patientinflytande i kombination med egenavgifter gynna en efterfrågestyrd utveckling av innovativa vårdtjänster och produkter. För det tredje tvingar diskussioner kring privat medfinansiering fram en precisering av vad huvudmännen prioriterar inom olika vårdområden. Även om lösningen i sig är kontroversiell är det av stor vikt att sådana diskussioner förs öppet.

Författarens slutsats är att oavsett hur de samtidiga kraven på patientinflytande och prioriteringar hanteras, så leder det till ojämlikheter. Att införa egenavgifter innebär att individers betalningsvilja i högre grad blir styrande. Ökat patientinflytande som inte kombineras med egenavgifter för de behandlingar som huvudmännen prioriterar bort ger sannolikt upphov till brister i den information som ges till patienter. I båda fallen behöver avvägningar göras och den relevanta frågan för framtida diskussioner är därför vilken ojämlikhet som är mest rättvis - eller minst orättvis.

Anders Anell är professor med inriktning på hälso- och sjukvårdens organisation och ekonomistyrning, verksam vid bl a Ekonomihögskolan, Lunds universitet. Hans forskning under de senaste 25 åren omfattar en mängd olika frågor kring resursfördelning och incitament i vården. Studier om patientinflytande och vårdval har varit ett återkommande tema.

UPPDRAG VÄLFÄRD

ETT FORSKNINGSPROGRAM OM HUR VI SKA UTFÖRA, ORGANISERA, STYRA OCH UTVÄRDERA FRAMTIDENS VÄLFÄRDSTJÄNSTER

ENTREPRENÖRSKAPS FORUM

FORES

Leading Health Care