

Prioriteringscentrum
Institutionen för hälsa, medicin
och vård
Linköpings universitet
581 83 Linköping

Remissvar SOU 2021:80 Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll (dnr S2021/06996)

Prioriteringscentrum o vid Linköpings universitet (LiU) har beretts tillfälle att yttra sig över *SOU 2021: 80 Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll* och lämnar följande synpunkter.

Sammanfattning

- Prioriteringscentrum anser det väsentligt att skilja mellan två olika frågeställning som inte tydligt hålls isär i utredningsdirektiv eller i utredningens förslag:
 - Huruvida privata sjukvårdsförsäkringar innebär att patienter inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården får en lägre prioritering än om dessa inte funnits tillgängliga?
 - Huruvida man ska tillåta att patienter tillägnar sig vård utanför det offentligt finansierade hälso- och sjukvården på andra (och bättre) villkor än inom det offentligt finansierade systemet (även om det inte påverkar prioriteringen inom det offentligt finansierade systemet)?
- Prioriteringscentrum finner att undanträngning, framförallt om det tolkas i termer av väntetider, är ett alltför trubbigt och svårtolkat begrepp för att ge en bra bild av huruvida en problematisk prioritering har förekommit. Detta beroende på hälso- och sjukvårdens komplexitet och att vården i nuläget inte är prioriterad i linje med den etiska plattformen.
- Prioriteringscentrum ser dock att kortare tid till remiss som skulle kunna signalera en mindre tydlig prioritering av patienter i samband med bedömning inför remiss – kan leda till prioriteringsproblem i senare led inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

- Prioriteringscentrum finner det olyckligt att utredningen valt att fokusera på behovs-solidaritetsprincipen och inte väga in hela den etiska plattformen, detta eftersom tillämpningen av kostnadseffektivitetsprincipen påverkar vad som är en rimlig prioritering och därmed huruvida prioriteringen inom offentligt finansierad vård har påverkats negativt eller inte.
- När det gäller de konkreta förslag som utredningen föreslår så finner Prioriteringscentrum att dessa är bra och ställer sig bakom dessa, men finner att när det gäller förslaget om att privata sjukvårdsförsäkringar bör lyftas i diskussionen och tolkningen av den etiska plattformen så är det otvetydigt vem som ha ansvar för att detta sker.

Ingång om hälso- och sjukvårdens prioriteringar

En viktig utgångspunkt för diskussionen om privata sjukvårdsförutsättningar som inte förefaller helt tydlig i utredningens diskussion är att i en budgetbegränsad offentligt finansierad hälso- och sjukvård där behoven, och de insatser som finns tillgängliga för att möta dessa behov, överstiger den tillgängliga resurstillgången, så kommer det finnas behov som inte kan tillfredsställas eller tillfredsställas optimalt. Huruvida resurstillgången bör öka i form av ökad offentlig finansiering, är uppenbarligen en politisk fråga som Prioriteringscentrum inte tar ställning till. Däremot är det naturligtvis viktigt att påpeka att även med ökad finansiering så finns det en begränsad personalkompetens att tillgå vilket kommer sätta ramar för vilken vård som kan bedrivas. Givet denna förutsättning så måste det ske en prioritering av användningen av vårdens resurser och den etiska plattformen är det verktyg riksdagen satt i hälso- och sjukvårdens händer för att genomföra en sådan prioritering.

I en ideal situation, där hälso- och sjukvården fullt ut är prioriterad i enlighet med den etiska plattformen, skulle vi ha en situation där mycket stora behov – dvs. effektiv behandling av mycket svåra tillstånd är fullt resurssatt när det gäller både finansiella medel och personalkompetens utifrån medicinskt optimala väntetider och där vi sedan har en vikande resurssättning ner mot ineffektiv behandling av lindriga tillstånd (som får anses vara det som bör ges lägst prioritering enligt den etiska plattformen). Om vi fokuserar på väntetiderna i denna ekvation, så är ett annat sätt att uttrycka detta på att tillgängligheten (i termer av tid till behandling eller möjlighet att alls få en behandling) bör vara minskande i relation till en mindre angelägen prioritering. Vissa typer av behov kommer förmodligen inte kunna ges någon behandling alls, vissa typer av behov kommer ha en längre väntetid eller erbjudas alternativ behandling (eftersom de anses mindre angelägna att prioritera enligt plattformen) medan ytterligare andra bör ha mycket hög tillgänglighet (eftersom de ges en hög prioritering enligt den etiska plattformen). Följer vi alltså den etiska plattformen – bör tillgängligheten till hälso- och sjukvården, och möjligheten att få viss vård, variera i takt med prioriteringen av det aktuella

behovet. Om den resulterande tillgängligheten och vården som erbjuds inte anses rimlig, bör det naturligtvis övervägas om systemet behöver tillföras mer resurser eller om det kan ske effektiviseringar som förbättrar tillgängligheten (så länge det inte sker på bekostnad av den etiskt rimliga prioriteringen enligt plattformen).

Undanträngning i den ideala situationen, innebär att lägre prioriterad vård, prioriteras på ett sätt så att högre prioriterad vård får stå tillbaka – exempelvis genom längre väntetider än vad som är i linje med den etiska plattformens prioritering. Att tillägna sig vård utanför det offentligt finansierade systemet på ett sätt som inte erbjuds eller med kortare väntetider än inom det offentliga systemet, är inte nödvändigtvis en undanträngning av denna vård om det inte påverkar prioriteringen inom det offentliga systemet. Det kan dock finnas andra typer av problem med detta – exempelvis legitimitetsproblem för det offentligt finansierade systemet. Här krävs en etisk och politisk avvägning kring vad som väger tyngst – att alla medborgare får lika tillgång till vård eller om man kan acceptera en viss skillnad i vårdtillgång så länge det inte påverkar den lika tillgången till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Nu har vi inte en ideal situation – dvs. den offentligt finansierade hälso- och sjukvården är inte fullt ut prioriterad i linje med den etiska plattformen – vilket försvårar en analys av huruvida en viss prioritering av enskilda patientgrupper eller insatser leder till undanträngning eller på andra sätt strider mot den etiska plattformen. I en sådan situation kan man konstatera ”lokal” undanträngning om det för ett specifikt tillstånd och en specifik behandling kan visas att tillgången till privat finansierad vård innebär att vårdtillgången för de offentligt finansierade patienterna med samma tillstånd och behandling försämras så att de har fått en lägre prioritering (än de skulle fått utan denna privat finansierade vård). Det är enligt ovan inte tillräckligt att visa att den privat finansierade vården har en kortare väntetid än den offentligt finansierade vården för att konstatera undanträngning. På motsvarande sätt som när en insats som inte erbjuds alls inom den offentligt finansierade vården skulle kunna erbjudas av den privatfinansierade vården, kan en kortare väntetid ses som att den privat finansierade vården erbjuder vården på ett sätt som ligger utanför den offentligt finansierade vårdens prioritering.

Utifrån detta menar Prioriteringscentrum att det är väsentligt att skilja på två olika frågeställningar:

- Huruvida privata sjukvårdsförsäkringar innebär att patienter inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården får en lägre prioritering än om dessa inte funnits tillgängliga?
- Huruvida man ska tillåta att patienter tillägnar sig vård utanför det offentligt finansierade hälso- och sjukvården på andra (och bättre) villkor än inom det offentligt finansierade systemet (även om det inte påverkar prioriteringen inom det offentligt finansierade systemet)?

Utredningens utgångspunkter

Prioriteringscentrum finner att varken utredningen eller regeringens utredningsdirektiv fullt ut skiljer mellan dessa frågeställningar vilket försvårar analysen och även synes förklara del av den kritik som riktats mot utredningen (se exempelvis det särskilda yttrandet i utredningsrapportens avslutning).

I utredningen beskrivs direktivet kring undanträngning på följande sätt: "...att patienter med mindre medicinska behov ges vård före patienter med större medicinska behov..." (SOU 2021:80, s. 80). Här förefaller "före" i stor utsträckning tolkas i termer väntetid vilket är olyckligt med tanke på att väntetid, enligt det ovanstående resonemanget, är ett trubbigt och i vissa fall missriktat instrument för att bedöma om det skett någon undanträngning eller felaktig prioritering inom det offentligt finansierade systemet. Att patienter med relativt lindriga besvär snabbt får hjälp inom primärvården, samtidigt som patienter med ett behov av en canceroperation (inom specialistvården) får vänta längre går normalt inte att tolka som en undanträngning. Det kan handla om undanträngning om patienter med större medicinska behov inom primärvården får vänta längre medan andra med lindriga besvär går före, men samtidigt, om de olika medicinska behov åtgärdas på ett medicinskt korrekt sätt som är i linje med deras prioritering i systemet – så behöver det inte heller handla om undanträngning. Storleken på det medicinska behovet har alltså ingen enkel koppling till tiden det tar innan det åtgärdas eller bör åtgärdas.

I utredningen redovisas Vård- och omsorgsanalys rapport om privata sjukvårdsförsäkringar (Vårdanalys 2020:3) som en utgångspunkt i analysen. I den dras slutsatsen att det kan vara så att patienter med en privat sjukvårdsförsäkring får snabbare tillgång till vård hos offentligt finansierade vårdgivare, genom en snabbare behovsbedömning och därmed snabbare remiss. Vård- och omsorgsanalys drar slutsatsen att det inte nödvändigtvis strider mot den etiska plattformen i sig, men möjligen mot kravet på vård på lika villkor. Utredningen förefaller dela den uppfattningen. Även Prioriteringscentrum delar i stort sett den analysen. Den offentligt finansierade vårdgivaren har ett ansvar för att prioritera de remisser som kommer in enligt den etiska plattformen, och endast om patienternas behov av behandling är likvärdig bör ett renodlat kösystem tillämpas. Om remissmottagaren i den offentliga vården lever upp till sitt ansvar så bör den privatbedömda patienten ges en lägre prioritering om det efter denna kommer in (offentlig- eller privat-) bedömda patienter som har ett större behov och därmed bör prioriteras högre. Om så inte sker är det problematiskt ur ett prioriteringsperspektiv. Samtidigt, om det systematiskt görs snabbare bedömningar och dessa framförallt gynnar vissa patientgrupper, exempelvis män med högre inkomster och privat anställning som förefaller vara överrepresenterade av de som har en privat sjukvårdsförsäkring, och dessa hinner prioriteras till vårdinsatser innan remisser från andra patientgrupper når remissmottagaren, så finns det en risk att det strider mot människovärdesprincipens krav på likabehandling utifrån behov – dvs. är

problematiskt utifrån lika villkorsprincipen inom svensk hälso- och sjukvård. I debatten har det också lyfts farhågor om att dessa snabbare bedömningar av privatfinansierade patienter också sker efter andra kriterier – om det i sin tur innebär att det krävs ytterligare utredning och dialog med patienten inom den offentligt finansierad hälso- och sjukvården så finns det en alternativkostnad för den tid och de resurser som läggs på detta som istället kunde används för vård av andra patienter.

Privata sjukvårdsförsäkringar, den etiska plattformen och undanträngning

I kapitlet om privata sjukvårdsförsäkringar och den etiska plattformen beskriver utredningen att den primärt utgår från behovs-solidaritetsprincipen – även om det betonas att den bör ses som del av de tre principer som utgör hela den etiska plattformen. Skälet är att diskussionen fokuserat på den principen. Prioriteringscentrum finner det olyckligt att utredningen har ett sådant fokus, eftersom den etiska plattformen bör tolkas som en helhet, och den prioritering ett visst tillstånd och dess behandling får inom hälso- och sjukvårdssystemet, bör påverkas av en tillämpning av alla tre principerna. Tittar vi på den praxis för hur den etiska plattformen tillämpas inom hälso- och sjukvården, i de fall det sker en medveten prioritering, så används alla principerna enligt den tolkning där lindrigare tillstånd kräver en högre grad av kostnadseffektivitet än när det gäller svåra tillstånd. Ett skäl till att behandlingen av ett visst tillstånd får en viss prioritering och därmed också en viss väntetid inom hälso- och sjukvårdssystemet beror därför inte endast på hur svårt det är utan också på vilka möjligheter det finns att åstadkomma patientnytta genom att behandla tillståndet och vilken resursåtgång det har. I linje med den etiska plattformen bedömer vårdgivare ibland att vissa insatser inte ska erbjudas alls, eftersom de inte anses kostnadseffektiva givet svårighetsgraden hos tillståndet. I andra fall att de ska erbjudas men att den resurs som kan läggas på den formen av behandling är begränsad för att det ska anses kostnadseffektivt – vilket då kan leda till väntetider som är rimliga utifrån ett prioriteringsperspektiv. Att detta vägs in vid en bedömning av undanträngning är naturligtvis högst väsentligt. Därmed är det inte tillräckligt att endast betrakta behovs-solidaritetsprincipen enligt Prioriteringscentrums mening.

I avsnittet om människovärdesprincipen återfinns följande formulering ”Om alla har lika värde och lika rätt men resurserna är begränsade, kan inte alla få vad de egentligen har rätt till. Ett urval utifrån behov måste då göras.”

Prioriteringscentrum finner den tolkningen olycklig, eftersom den förefaller antyda att den högsta rangordnade principen i den etiska plattformen är en rättighetsprincip och att vår behovsbaserade hälso- och sjukvård är grundad i resursbrist snarare än i ett etiskt övervägande om att behov är en rimligare etisk grund för hälso- och sjukvården än ett rättighetsperspektiv. Prioriteringscentrum anser att det är en tolkning som inte stämmer med de etiska principerna.

I avslutningen av kapitlet uttrycker utredningen att man inte finner stöd för att vårdgivare inte får använda olika väntetider eller tidsgränser för patienter så länge den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Detta förefaller centralt för utredningens analys och slutsatser men framstår för Prioriteringscentrum som oklart. Enligt ovan delar Prioriteringscentrum uppfattningen att olika väntetider och tidsgränser kan vara förenliga med den etiska plattformen. Men det är något mer oklart vad utredningen menar med att en patient med större behov får eller inte får företräde till vården. Om två eller flera patienter konkurrerar om exakt samma vårdresurs (exempelvis en operationstid) och deras medicinska behov skulle missgynnas av att få vänta – så kan man ju bedöma huruvida någon fick företräde till resursen på ett, utifrån den etiska plattformen, problematiskt sätt. Om det däremot är så att det större behovet kan behandlas lika väl om det får avvakta några dagar medan det mindre behovet kommer få ett sämre behandlingsresultat om man avvaktar – så förefaller inte det mindre behovet fått ett problematiskt företräde framför det större behovet. Tittar vi sedan över hela hälso- och sjukvårdssystemet – så är frågan om företräde (som förefaller signalera tidsaspekter) än mer problematiskt som antydde ovan. I kapitel 11 gör utredningen en längre utredning kring den påverkan som privata sjukvårdsförsäkringar kan ha på svensk hälso- och sjukvård, inklusive en utredning kring både begreppet undanträngning och huruvida privata sjukvårdsförsäkringar kan leda till dessa. Detta dock utan att landa i några definitiva slutsatser.

Prioriteringscentrum gör bedömningen att frågan om undanträngning är felställd om syftet är att undersöka huruvida privata sjukvårdsförsäkringar strider mot tillämpningen av den etiska plattformen inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Ett skäl till detta är att undanträngning förefaller definieras i termer av tidsmässigt företräde vilket inte är ett bra mått för att avspeglar huruvida det avspeglar en prioritering i linje med den etiska plattformen. Ett annat skäl är att bedömning av vårdbehov, som ofta inkluderar initial undersökning och utredning inte inkluderas. Vad man istället borde fokusera på är hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar fördelningen av resurser i relation till högt respektive lågt prioriterade behov inom systemet. Leder privata sjukvårdsförsäkringar till att man lägger mer resurser på lägre prioriterade behov eller till att man genomför fler onödiga eller lägre prioriterade utredningar eller insatser som annars inte skulle ha genomförts (om patienterna gått den offentliga vägen)? Sker alltså en omprioritering av resurserna inom hälso- och sjukvårdssystemet när man inför privata sjukvårdsförsäkringar? Eller är prioriteringen inom det offentliga systemet i grunden opåverkad av de privata sjukvårdsförsäkringarna? Är problemet då istället att dessa patienter har tillgång till vård som inte är prioriterad inom det offentliga systemet, eller bättre tillgång till vård som är lägre prioriterad inom det offentliga systemet? I detta senare fall handlar det om en annan typ av problem som snarare är kopplad till huruvida det ska vara möjligt att tillgodogöra sig vård utanför det offentligt finansierade systemet överhuvudtaget eller om den möjligheten ska begränsas på olika sätt – dvs. den

andra frågeställningen ovan. Återigen gör Prioriteringscentrum bedömningen att detta både beror på utredningsdirektiven och hur utredningen tolkat sitt uppdrag. Dock bör det betonas att även denna fråga om omprioritering är svår att besvara och regioner och vårdgivare saknar generellt den överblick som krävs för att kunna göra den bedömningen fullt ut.

Utredningens förslag

När det gäller de konkreta förslag som utredningen föreslår så har inte Prioriteringscentrum några invändningar i sak men vill ändå lämna några kommentarer. Att diskussionen om den etiska plattformen och dess tolkning även bör omfatta privatfinansierad vård är vällovligt och rimligt. Inte minst eftersom hälso- och sjukvårdens prioriteringar i allra högsta grad kommer beröras av gränslandet mellan offentligt och privatfinansierad vård. Det är dock otydligt var utredningen menar att den diskussionen bör ske och till skillnad från ett antal andra statliga utredningar ges inga konkreta förslag om förnyad utredning av den etiska plattformen – något som Prioriteringscentrum ställt sig bakom. Det förefaller också oklart vilken aktör i samhället som har den tolkande roll som utredningen talar om – även om IVO berörs som en sådan aktör tidigare i utredningsrapporten. Till dags dato har det dock framförallt varit myndigheter som TLV och Socialstyrelsen som stått för de tolkningar som satt praxis för dagens tillämpning av den etiska plattformen.

Prioriteringscentrum välkomnar ett förtydligande av hur den vård som bedrivs i regionernas egen regi får finansieras och även de krav på avtal för vårdgivare som har flera finansiärer som ställs i förslagen. Att utredningens förslag förefaller ge bättre förutsättningar för att bedöma hur finansieringsformen påverkar prioriteringarna i vården är även det välkommet utifrån Prioriteringscentrums perspektiv. Samtidigt är det viktigt att betona att en förutsättning för att kunna bedöma huruvida privata sjukvårdsförsäkringar inverkar negativt på den offentligt finansierade vårdens prioriteringar är att vårdgivare som finansieras med offentliga medel har en god översikt och medveten prioritering i linje med den etiska plattformen av sin övriga verksamhet – något som i nuläget brister. Detta kräver en mer generell utveckling av prioriteringsarbetet i regionerna och hos andra vårdgivare (inklusive de privat drivna med offentlig finansiering).

Handläggningen av beslutet

Beslut om detta yttrande har fattats av professor Lars Sandman, föreståndare vid Prioriteringscentrum. I utformandet av yttrandet har även Eva Arvidsson, allmänläkare och extern rådgivare vid Prioriteringscentrum deltagit.

Lars Sandman
Professor och föreståndare