

2025-10-10

Dnr Komm2025/00433

Socialdepartementet
103 33 Stockholm**Remissvar avseende betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)**

(dnr S2025/00127)

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har i uppdrag att belysa medicinsk-etiska frågor ur ett övergripande samhällsperspektiv. Smer kommenterar de förslag som är av särskild vikt utifrån detta perspektiv.

Allmänt

Smer har i rapporten *Styrmodeller i hälso- och sjukvården* (Smer 2019:2) framhållit att frågor om hälso- och sjukvårdens styrning och organisation i högsta grad handlar om värden och värdekonflikter och därmed i grunden är etiska frågor. Styr- och organisationsformer påverkar förutsättningarna för att uppnå hälso- och sjukvårdens mål och värden. Grundliga etiska analyser av såväl nuvarande som alternativa modeller är därför nödvändiga inför beslut om att bevara eller förändra hälso- och sjukvårdens organisation och styrning.

Mot den bakgrunden är det välkommet att kommittén i sin analys av en stärkt roll för staten i hälso- och sjukvården utgått från ett antal tydligt angivna mål och värden, däribland effektivitet, tillgänglighet och jämlikhet. Smer konstaterar samtidigt att det finns fler viktiga mål som ska uppfyllas och fler värden som ska beaktas i hälso- och sjukvården. Ett centralt mål för hälso- och sjukvården är att den som har det största behovet ska ges företräde till vården. Detta mål, som formuleras redan i hälso- och sjukvårdens portalparagraf, är i grunden ett rättvisekrav; när inte alla behov kan uppfyllas är det rättvist om de största behoven prioriteras. Kommissionen lägger ett antal förslag för att öka statens ansvar i syfte att tillgången till vård ska bli mer jämlik. Kommissionen tycks här förutsätta att en jämlik vård också är en rättvis vård. Men att värden erbjuder ett likvärdigt utbud över landet innebär

inte med nödvändighet att detta utbud återspeglar behovet. Här saknas enligt Smers mening ett resonemang kring hur ett ökat statligt ansvar påverkar förutsättningarna att leverera en vård som uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav om att den som har det största behovet ska ges företräde till vården.

Smer noterar vidare att kommissionen tänker sig att de förslag som lämnas om utökat statligt ansvar ska följas av flera (kommissionen skriver att med de lagda förslagen kan en utveckling mot ett starkare nationellt perspektiv ”påbörjas”¹). Mot den bakgrunden kunde det också ha varit lämpligt med ett resonemang kring hur omfattande åtgärder och statliga punktingripanden på olika områden vi behöver räkna med för att uppnå en jämlik vård med nuvarande organisationsmodell. Detta är i sin tur relevant för att bedöma den mer övergripande frågan om vilken organisationsform som är att föredra. Långtgående statlig styrning utan statligt tillhandahållaransvar skulle exempelvis kunna undergräva möjligheten att utkräva ansvar för de prioriteringar som görs.

Huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården

När det gäller frågan om statligt huvudmannaskap har en majoritet av Vårdansvarskommitténs ledamöter gjort bedömningen att det saknas underlag som pekar på att ett helt statligt huvudmannaskap skulle leda till förbättringar, samtidigt som det finns stora risker och höga genomförandekostnader. Slutsatsen blir därför att en sådan förändring inte bör genomföras.

Regeringen och kommittén konstaterar båda att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet sedan lång tid tillbaka brister på ett flertal områden, bland annat jämlikhet, tillgänglighet, kontinuitet, effektivitet, arbetsmiljö och kompetensförsörjning. De initiativ som har tagits för att komma till rätta med problemen inom ramen för nuvarande organisationsmodell har haft begränsad framgång. Samtidigt kommer en åldrande befolkning och nya, effektiva behandlingar att leda till att behovet av hälso- och sjukvård kommer att öka i framtiden. Om vi inte kommer till rätta med problemen kommer det att bli allt svårare att upprätthålla stödet för en gemensamt finansierad hälso- och sjukvård. Även om det sannolikt finns många olika skäl till de brister vi ser i den svenska hälso- och sjukvården, bör vi vara öppna för att nuvarande organisation och styrning kanske inte ger de bästa förutsättningarna att leverera i linje med målen för hälso- och sjukvården. Smer vill därför betona att det

¹ Betänkandet s. 95.

faktum att man nu avvisar en specifik lösning på de utmaningar vi står inför inte får leda till att vi slår oss till ro och att diskussionen om hälso- och sjukvårdens styrning och organisation upphör.

Utökat statligt ansvar för vissa delar av hälso- och sjukvården

Läkemedel

Smer har tidigare vid olika tillfällen pekat på brister i den nuvarande ordningen för finansiering av rekvisitionsläkemedel, där olika beslut i olika regioner kan leda till skillnader i den behandling som erbjuds som är svåra att försvara mot bakgrund av hälso- och sjukvårdslagens krav på en jämlik vård där tillgången till vård ska utgå från behovet. Särskilda utmaningar medför nuvarande modell när det gäller läkemedel mot sällsynta sjukdomar. Sådana läkemedel kan vara mycket dyra och särskilt i mindre regioner kan förekomsten av bara några få fall leda till att svåra prioriteringar kan bli nödvändiga.

Ett annat problem med nuvarande modell är att den inte alltid ger incitament för regioner att införa nya läkemedel som är kostnadseffektiva ur ett samhällsperspektiv men inte ur ett regionperspektiv. Problemet riskerar att uppstå i synnerhet när det nya läkemedlet inte ersätter någon befintlig behandling. Själva uppdelningen mellan förskrivningsläkemedel, som staten finansierar, och rekvisitionsläkemedel, som finansieras av regionerna, kan dessutom påverka valet av behandlingar och leda till skeva prioriteringar där inte enbart kostnad och effekt beaktas utan även vem som ”står för notan”.

För att minska dessa problem föreslog en utredning 2018 att regionerna skulle ta det samlade ansvaret för läkemedelskostnaderna. Utredaren såg dock att en sådan modell inte skulle lösa alla problem och föreslog därför ett särskilt statligt stöd vid höga kostnader för läkemedel vid sällsynta sjukdomar samt ett bidrag för användning av nya läkemedel.

Smer välkomnar åtgärder som kan leda till att tillgången till läkemedel blir mer jämlik och behovsstyrd, och som möjliggör en snabbare introduktion av nya behandlingar. Givet att den tidigare utredningens förslag inte förverkligats och inte fullt ut tycks lösa problemen med nuvarande modell *tillstyrker* Smer förslaget att en utredning tillsätts för att se över hur statens ansvar för läkemedel och särskilt finansieringen och styrningen kan utökas och stärkas.

Vaccinationer

Ett av smittskyddslagens kriterier för att en smittsam sjukdom ska omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram är att vaccination kan förväntas effektivt förhindra spridning av smittsamma sjukdomar i befolkningen.² Folkhälsomyndighetens tolkning av regelverket är att vaccinationer som endast skyddar mot allvarlig sjukdom men inte hindrar smittspridning inte kan omfattas av ett nationellt program. Regioner kan däremot införa sådana vaccinationer inom ramen för regionala vaccinationsprogram.

Hälso- och sjukvårdslagens bestämmelse om att den som har det största behovet ges företräde till vården (behovsprincipen) omfattar även förebyggande vård.³ Särskilt när det gäller vaccinationer som effektivt förebygger allvarlig ohälsa är det därför problematiskt om tillgången beror på var i landet man bor⁴, vilket kan bli fallet när de ges inom regionala program. Smer har därför i sitt remissvar gällande utredningen betänkandet *Ett samordnat vaccinationsarbete – för effektivare hantering av kommande vacciner* (SOU 2024:2)⁵ föreslagit att smittskyddslagens kriterier justeras så att även vaccinationer mot allvarliga sjukdomar där vaccinet endast eller främst skyddar mot allvarlig sjukdom kan omfattas av nationella vaccinationsprogram. I enlighet med sitt tidigare ställningstagande *tillstyrker* Smer utredningens förslag.

Screening

Variationer över landet när det gäller tillgången till insatser som effektivt kan förebygga allvarlig sjukdom är problematiska sett till principen om vård efter behov. Det gäller oavsett vilken typ av insats det handlar om. Tillgången till screeningundersökningar som visats effektivt kunna förebygga allvarlig sjukdom och där nyttan bedöms överstiga riskerna bör inte bero på var i landet man bor. Smer *tillstyrker* mot den bakgrunden utredningens förslag om en utredning om ett ökat statligt ansvar inom screeningområdet. Detta bör inte hindra att geografiskt begränsade projekt kan genomföras för att få mer kunskap om exempelvis huruvida nyttan överskrider riskerna med en viss screening.

² 2 kap. 3 e § Smittskyddslagen.

³ Prop 1996/97:60, s. 33.

⁴ Detta gäller inte skillnader i tillgång som kan motiveras av regionala skillnader i sjukdomsförekomst. Det finns dock, enligt kommittén, få sjukdomar som konsekvent över tid existerar och drabbar en större del av befolkningen i enbart en eller några regioner.

⁵ <https://smer.se/2024/05/17/remissvar-avseende-betankandet-ett-samordnat-vaccinationsarbete-for-effektivare-hantering-av-kommande-vacciner-sou-20242/>

Stärkt statlig styrning av hälso- och sjukvården

Smer kan i likhet med utredningen konstatera att den statliga styrningen av hälso- och sjukvården har vuxit i omfattning och blivit mer detaljerad. Den ökade förekomsten av överenskommelser och riktade bidrag skulle delvis kunna ses som en reaktion på att nuvarande organisationsmodell inte förmår leverera fullt ut i relation till lagstiftade värden och mål. Försöken att komma till rätta med problemen genom öronmärkta satsningar av olika slag har dock mött kritik från många håll för att vara ineffektiva, leda till undanträngningseffekter samt skapa ryckighet och ökad administration. Som kommitténs framhåller försvåras också det demokratiska ansvarsutkrävandet när riktade satsningar påverkar lokala politiska prioriteringar. Smer *delar* därför kommitténs bedömning att riktade statsbidrag bara bör användas i undantagsfall. Smer ser också i likhet med kommittén att statens roll kan behöva stärkas när det gäller att följa upp hur hälso- och sjukvården presterar i relation till gällande normer – och utkräva ansvar när lagstiftade mål inte uppnås. Inte minst gäller det den reglering som rör patientens ställning.

Remissvaret beslutades vid ordinarie sammanträde den 10 oktober 2025.

I beslutet har deltagit Sven-Eric Söder, ordförande, Yasmine Bladelius, Åsa Gyberg-Karlsson, Christer Jonsson, Per Landgren, Anton Nordqvist och Thomas Ragnarsson, samtliga ledamöter i rådet. I beredningen av ärendet har även deltagit Lilas Ali, Erica Borgny, Anders Castor, Göran Collste, Niklas Juth, Kerstin Nilsson, Mikael Sandlund, Marie Sten, Anna Tunlid, Lena Wahlberg och Kavot Zillén, samtliga sakkunniga i rådet. En arbetsgrupp bestående av Anton Nordqvist, Mikael Sandlund och Lena Wahlberg har bistått i framtagandet av remissvaret. Michael Lövtrup, utredningssekreterare, har varit föredragande.

För rådet,

Sven-Eric Söder
Ordförande
Statens medicinsk-etiska råd