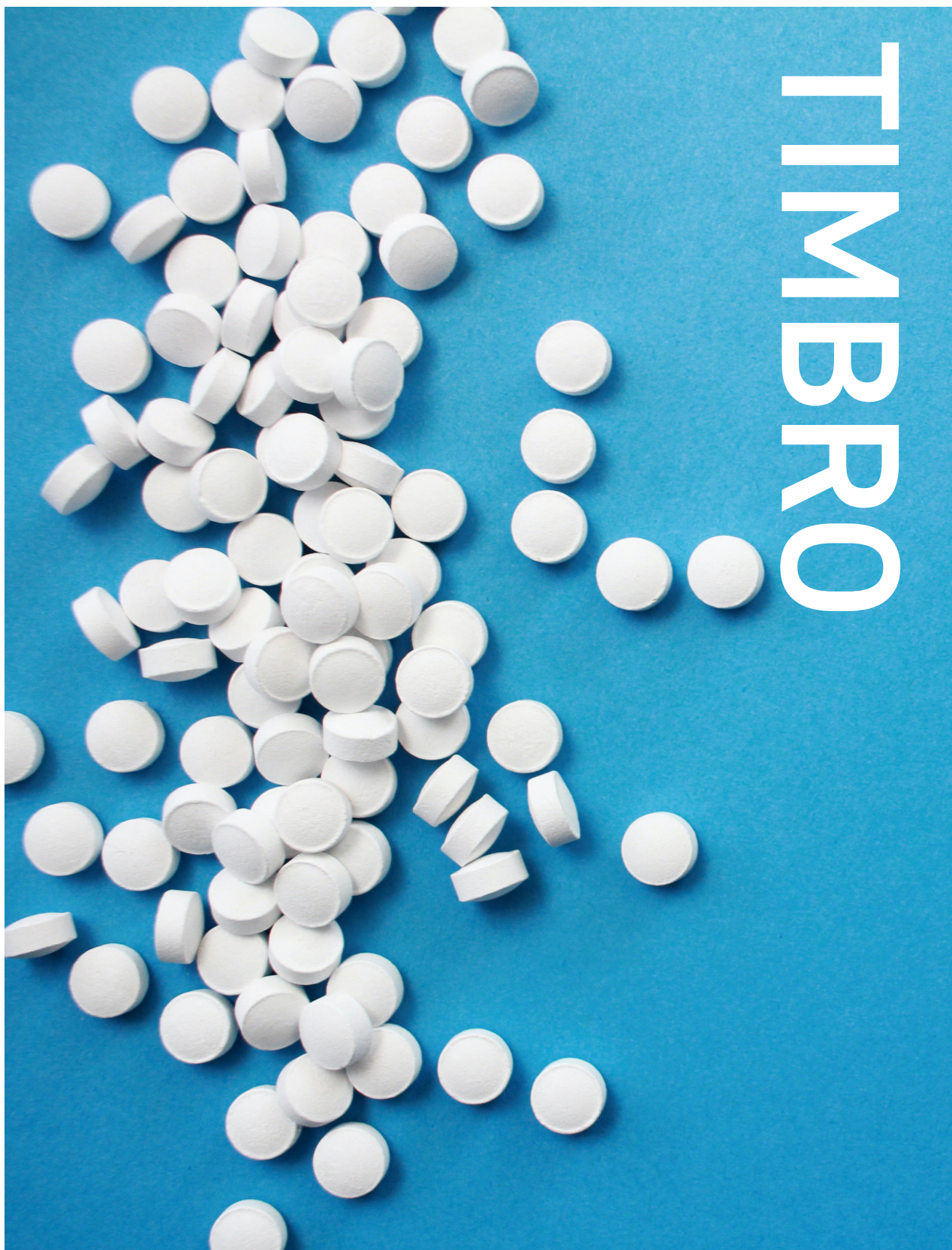


TIMBRO



EGENFINANSIERING I VÅRDEN
DECENNIETS VALFRIHETSFRÅGA

FRIDA GOMMEL
EMANUEL ÖRTENGREN
AUGUSTI 2021

OM FÖRFATTARNA

Frida Gommel är juriststudent och aktiv i Liberala studenter.



Emanuel Örtengren är ansvarig för välfärdsfrågor på Timbro.



SAMMANFATTNING

De offentliga vårdutgifterna ökar stadigt. Samtidigt ställer patienter allt större krav på vården. För att hantera trycket på de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifterna behövs ett tydligare definierat offentligt åtagande och större möjligheter för enskilda att själva finansiera hälso- och sjukvård.

I dag kan regionerna inte avgränsa vårdåtagandet på ett transparent sätt gentemot medborgarna. Beslut om avgränsningar ska baseras på den etiska plattformen för prioriteringar, men implementeringen är otydlig. Det innebär patienter inte vet hur vården ransoneras och att tillgången på behandlingar skiljer sig åt i olika regioner.

I den här rapporten beskriver vi problemet och lägger fram fem reformförslag.

1. Avskaffa förbudet mot medfinansiering. Medfinansiering innebär att patienten och regionen delar på kostnaden för en insats. Typexemplet är att en patient betalar för tillägget av en multifokal lins vid en starroperation. I dag är detta i praktiken förbjudet sedan Statens medicinsk-etiska råd 2015 av jämlikhetsskäl dömde ut medfinansiering som en avvikelse från den etiska plattformen.
2. Konkretisera den etiska plattformen. Syftet med den etiska plattformen var att regioner skulle börja redovisa sina prioriteringar öppet för medborgarna. Ambitionen har inte förverkligats. Avgränsningar av det offentliga vårdutbudet måste vara transparent och redovisas tydligt. Den etiska plattformen måste förtydligas och moderniseras så att den är möjlig att implementera.
3. Inför en ansvarsprincip i den etiska plattformen. En ansvarsprincip skulle möjliggöra ett tydligare definierat offentligt vårdåtagande. På så sätt hålls de offentliga utgifterna nere, samtidigt som den allra nödvändigaste vården kan ges den prioritet och de resurser som krävs.
4. Inför en informationsrättsregel. Fria val i vården förutsätter att patientens rätt till information tillgodoses. I dag saknas det dock en lagstadgad skyldighet för offentliga vårdgivare att informera patienten om alla relevanta behandlingsalternativ – även sådana som den offentliga vården inte tillhandahåller. Införandet av en sådan regel hade gjort det möjligt för patienter att fatta mer informerade beslut om sin behandling.
5. Främja en välfungerande sjukvårdsförsäkringsmarknad. Ett första steg i rätt riktning är att riva upp 2018 års skärpta förmånsbeskattningsregler av privat sjukvård för arbetstagare samt att stärka tillsynen på sjukvårdsförsäkringsmarknaden.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
SVENSK VÅRD: VAD ÄR PROBLEMET?	6
GRÄNSERNA FÖR DET OFFENTLIGA ÅTAGANDET: EN PRIORITERINGSFRÅGA.....	11
EGENFINANSIERING AV VÅRDEN I DAG.....	15
INTERNATIONELL UTBLICK	22
ÖKAT EGENANSVAR: HUR SKA DET GÅ TILL?	30
REFORMFÖRSLAG	36
AVSLUTNING	39
REFERENSER	40

INLEDNING

”Människor ska av princip inte kunna köpa resurser i den offentliga vården.”

De orden fick Agnes Perssons och Elias Dillners föräldrar höra när de år 2004 erbjöd sig att betala extra för att barnen skulle få cochleaimplantat insatta i båda öronen. Cochleaimplantat är hörselimplantat som gör att gravt hörselskadade och döva kan uppfatta ljud. I Jämtlands läns landsting hade man sagt att regionen bara bekostade ett implantat per barn. Problemet var att Agnes och Elias, som båda fötts utan hörsel, behövde ett implantat i varje öra. Utan det skulle barnen ha problem att vistas i miljöer med mycket ljud och inte heller kunna avgöra varifrån olika ljud kom. Problemen riskerade dessutom att bli permanenta om ett andra implantat inte sattes in inom ett år.¹

Agnes Perssons och Elias Dillners föräldrar förvägrades rätten att betala extra för att barnen skulle få den vård de behövde. Inte för att något annat barn skulle bli lidande, utan för att det – enligt regionens policy – inte var tillåtet att betala för sådana tillägg i vården.

Händelsen skulle kunna avfärdas som en engångsföreteelse, om det inte vore för att den sätter fingret på kärnan i den svenska hälso- och sjukvårdsetiken: 2015 slog Statens medicinsk-etiska råd (Smer) fast att möjligheten att betala för tillägg i den offentliga vården strider mot principen om vård på lika villkor. Det inte alla har råd med ska ingen få betala själv för, även om ransoneringen – som i Agnes och Elias fall – leder till att enskilda personer blir lidande.

Att tillåta mer privat finansiering i vården ställs ofta upp i motsats till att värna ett i grunden offentligfinansierat sjukvårdssystem. I själva verket är ökad privat finansiering en förutsättning för att upprätthålla ett offentligt finansierat hälso- och sjukvårdssystem, eftersom efterfrågan på vård alltid kommer att vara större än vad ett offentligt finansierat sjukvårdssystem kan erbjuda. Nya medicinska landvinningar flyttar ständigt fram

gränsen för vad som är möjligt att behandla. Redan i dag är utbudet i svensk offentlig sjukvård ransonerat, vilket historien om Agnes och Elias är ett tydligt exempel på. Alternativet till att förvägra patienter den vård de vill och kan få – men som i dag inte erbjuds i det offentliga vårdutbudet – är att i högre grad öppna upp för privat finansiering.

Det är naturligt att patienter ställer höga krav på vårdkvalitet och utbud. Samtidigt är det också naturligt att ökad efterfrågan, valfrihet och kvalitet bör mötas av ökade möjligheter att betala för den önskade vården. Det finns en gräns för när det är rimligt att kräva kollektiv finansiering för individuell valfrihet.

¹ Det finns indikationer på att yngre barn som inte får ett andra implantat inom en kortare tid kommer att ha svårigheter att anpassa sig efter ett ytterligare implantat. Se bl.a Dagens Medicin (2004).

SVENSK VÅRD: VAD ÄR PROBLEMET?

I den här rapporten kommer vi att utgå från en problemformulering som tar sikte på individens ställning i hälso- och sjukvården. Vi ställer oss frågan: hur bygger vi en gemensamt finansierad hälso- och sjukvård som är ekonomiskt hållbar, samtidigt som den tillgodoser behovet av valfrihet och patientinflytande?

Som rapporten visar finns det små möjligheter att uppnå allt detta med mindre än att dagens finansieringssystem förändras.

Innan vi angriper frågan om hur framtidens hälso- och sjukvård bör utformas behövs dock en kort beskrivning av dagens hälso- och sjukvård. Det finns åtminstone tre drag som, ur ett finansieringsperspektiv, utmärker den svenska hälso- och sjukvården: den stora offentliga finansieringsbördan, ett växande kostnadstryck till följd av bland annat demografiska faktorer och en ökad grad av valfrihet och inflytande i vården. Tillsammans skapar de ett växande tryck på den offentliga finansieringen av vården. Det finns en gräns för när det här kostnadstrycket inte går att hantera.

En stor offentlig finansieringsbörda

År 2019 uppgick de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige till 10,9 procent av BNP. Sverige spenderar därmed relativt mycket på sjukvård sett ur ett internationellt perspektiv. Finland, Island och Australien är exempel på länder där motsvarande siffra är lägre, ungefär 9 procent av BNP. Samtidigt landar hälso- och sjukvårdsutgifterna i länder som Kanada, Norge och Japan i likhet med Sverige på runt 11 procent av BNP. USA är det jämförbara land som spenderar störst andel av BNP på hälso- och sjukvård: 17 procent år 2019.²

Utgångspunkten i svensk rätt är att sjukvården är ett offentligt åtagande som i första hand

faller på regionerna. Sjukvården finansieras främst via skattsedeln. År 2018 finansierades 85,1 procent av Sveriges hälso- och sjukvårdsutgifter av skatteintäkter, medan 14,3 procent finansierades genom patientavgifter.³ Majoriteten av avgifterna omfattas av högkostnadsskydd. År 2021 uppgår högkostnadsskyddet för öppenvård, vissa förbrukningsartiklar och viss tandvård till 1 150 kronor per patient och år.⁴ För slutenvård är högkostnadsskyddet 100 kronor per vård dag,⁵ och för läkemedel som ingår i högkostnadsskyddet betalar patienter högst 2 350 kronor per år.⁶ Därutöver finns en rad regionalt reglerade högkostnadsskydd och maxtaxor, bland annat för sjuktransporter.⁷

Knappt en procent (0,6 procent) av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna finansieras av hushållen genom rent privat vårdkonsumtion, det vill säga köp av vård utanför det offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssystemet. Siffran avser såväl privat vårdkonsumtion inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar som vård finansierad utanför försäkringar, exempelvis estetisk kirurgi. Den låga andelen privat vårdkonsumtion utmärker Sverige internationellt; i så gott som alla jämförbara länder är andelen betydligt högre än så. Som exempel kan vårt nordiska grannland Danmark nämnas. Där utgjorde den privata konsumtionen inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar 2,3 procent av de totala utgifterna år 2018. I Schweiz var andelen mer än det tiodubbla jämfört med Sverige (6,6 procent) och i Kanada mer än det sextondubbla (9,9 procent).⁸

Den övervägande delen av den privata vårdkonsumtionen i Sverige utgörs av privata sjukvårdsförsäkringar. Statistik från branschorganisationen Svensk Försäkring visar att nästan 660 000 svenskar hade en privat sjukvårdsförsäkring år

2 OECD:s hälsodatabas (2021).

3 Ibid.

4 17 kap 6 § hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

5 17 kap 2 § hälso- och sjukvårdslag.

6 Lag (1996:1150) om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m.

7 För en heltäckande bild se: <https://skr.se/halsasjukvard/patientinflytande/patientavgifter.14668.html>.

8 OECD:s hälsodatabas (2021).

2018.⁹ Det motsvarar ungefär 6 procent av befolkningen och 13 procent av alla anställda mellan 16 och 64 år.¹⁰ Vanligast är att försäkringarna finansieras av arbetsgivare eller fackförbund. Försäkringarna är i regel begränsade i omfattning, och fungerar främst som supplement till den offentliga hälso- och sjukvården. De supplementära sjukvårdsförsäkringarna utmärks av att de inte tillför något som inte redan omfattas av det offentligt finansierade vårdutbudet. De ger i stället framför allt garantier för snabb tillgång till vård.¹¹

Vissa vårdformer finansieras varken av det offentliga eller genom privata vårdförsäkringar, till exempel estetisk kirurgi, närsynthetsoperationer och vissa hälsoundersökningar. Även denna typ av privat vård ingår i den knappa procenten som utgör privat finansierad vård i de svenska hälso- och sjukvårdsutgifterna. Det finns dock inte några allmänt tillgängliga sammanställningar av hur stora summor den här typen av vård uppgår till. Uppskattningsvis rör det sig om betydligt mindre summor än vad som omsätts i den försäkringsfinansierade vården.¹²

Ett växande kostnadstryck

En generell internationell trend är att kostnaderna för välfärdstjänster ökar. I så gott som alla länder med utbyggda hälso- och sjukvårdssystem har kostnaderna för hälso- och sjukvård ökat över tid. Sverige är inget undantag. Sedan år 1970 har kostnaderna för hälso- och sjukvård nästan fördubblats som andel av BNP, från 5,5 procent till 10,9 procent år 2019.¹³

Det finns åtminstone fyra möjliga förklaringar till denna kostnadsökning. Det första är demografiska skäl, inte minst kostnaderna för den åldrande befolkningen.¹⁴ Prognoser visar att antalet

personer som är 80 år eller äldre kommer att öka med 50 procent 2018–2028¹⁵ och en fjärdedel av befolkningen väntas vara 65 år eller äldre år 2050.¹⁶ I grunden är en åldrande befolkning en positiv utveckling. Samtidigt tyder mycket på att antalet sjukdomsfall ökar bland de allra äldsta.¹⁷ En ständigt åldrande befolkning kommer därför att öka trycket på välfärden när andelen yrkesverksamma minskar.

För det andra gör den så kallade Baumols sjuka att det relativa priset på sjukvård ökar. Sjukan innebär att kostnaderna i tjänsteproducerande sektorer såsom vård ökar eftersom produktivitetens utvecklingen är lägre där än i andra sektorer. När produktivitetens utvecklingen i samhället driver upp lönerna skapas en utgiftsökning i tjänsteproducerande sektorer utan att motsvarande produktivitetensökning sker.

Mycket tyder på att svensk sjukvård lider av Baumols sjuka. För den offentliga sektorn i stort har produktivitetens utvecklingen varit svag eller obefintlig de senaste decennierna. I sjukvården finns indikationer på att en negativ produktivitetensutveckling bröts under slutet av 1980-talet, för att sedan vända under 1990-talets mitt.¹⁸ En nordisk studie av produktiviteten i akutsjukhus visar till exempel att svenska sjukhus har en låg produktivitet jämfört med grannländerna.¹⁹ Inom vissa områden tycks produktiviteten rentav ha minskat, till exempel inom den specialiserade somatiska vården.²⁰

Dessutom kan kostnaderna för ny medicinsk teknik pekas ut som en delförklaring till vårdens ökade kostnader.²¹ Ny forskning och nya tekniska framsteg gör det möjligt att behandla sjukdomar som tidigare inte kunnat behandlas. Vidare har utvecklingen inom anestesi och kirurgi gjort

9 Svensk Försäkring (2021).

10 Commonwealth fund (2021).

11 Ibid. Se mer om supplementära sjukvårdsförsäkringar nedan under kapitel 3 "Egenfinansiering i svensk sjukvård: en översikt".

12 Denna information baseras på en sammanställning som Vårdföretagarna tagit fram.

13 OECD:s hälsodatabas (2021).

14 Se vidare i bl.a. Lundin (2002), Lyttkens (2010).

15 SCB (2018).

16 Socialdepartementet (2010) s. 7.

17 Se Thorslund (2010) s. 8 med referenser.

18 Borg (2009) s. 66.

19 Återges SOU 2016:2 s. 101 ff.

20 Gralén m.fl. (2019) s. 30 f.

21 Se vidare Fuchs (1996).

så att äldre människor, som tidigare inte hade fått behandling, nu kan opereras utan väsentliga risker. Sammantaget leder denna utveckling till att behandlingsgränsen – det vill säga vilka och hur många patienter som kan få behandling i vården – ständigt utvidgas.²²

Sist men inte minst driver även en ökad efterfrågan på vård, som inte är direkt kopplad till människors generella hälsotillstånd, på kostnadsutvecklingen. Inom nationalekonomisk forskning beskrivs detta fenomen ofta med den så kallade Wagners lag, som innebär att ökad utbildningsnivå och ökat välstånd medför ökade krav på – och därmed ökade kostnader för – välfärd.²³ När denna efterfrågan skiljer sig från vad som anses kostnadseffektivt tvingas den offentliga vården att göra prioriteringar och ransoneringar av vårdutbudet. Det väcker frågor om hur balansen bör se ut mellan å ena sidan ett offentligt åtagande för vård och å andra sidan ett sjukvårdssystem där patientinflytande och valfrihet står i centrum.

Valfrihet kostar

Det växande kostnadstrycket i svensk hälso- och sjukvård kan alltså inte enbart förklaras med faktorer som en åldrande befolkning och kostnader relaterade till ny medicinsk teknik. Av Wagners lag följer även att ökade kostnader för välfärden har sin grund i att mer välfärd efterfrågas. Redan på 1960-talet myntade den dåvarande statsministern Tage Erlander uttrycket ”de stigande förväntningarnas missnöje” för att beskriva ett underliggande missnöje med att det offentliga inte gör tillräckligt i takt med att välståndet ökar. Det är en förklaring till att det lagts ett allt större fokus på medborgares valfrihet och inflytande i välfärden generellt, och så även i sjukvården.

En tydlig trend i den svenska sjukvårdspolitiken under den senare delen av 1990- och början av 2000-talet är att patienters valmöjligheter har

stärkts. En viktig reform var 2007 års avskaffande av den så kallade stopplagen, som hindrade regioner från att upphandla vård från privata vinstdrivande aktörer.²⁴ En annan viktig reform var införandet av lagen om valfrihetssystem (LOV) och skyldigheten för regioner att inrätta vårdvalssystem.²⁵ Med den nya patientlagen från 2014 infördes det fria vårdvalet, som innebär att patienten har rätt att fritt söka vårdgivare i primärvården och den öppna specialistvården utanför sin hemregion. (Sluten vården omfattas dock än så länge inte av fritt vårdval över regiongränserna.)²⁶ En patient bosatt i region Dalarna kan därför numera ta del av utbudet av vårdgivare inom ramen för exempelvis region Stockholms vårdvalssystem, och därmed få tillgång till såväl privata som offentliga vårdgivare i hela landet.

I takt med att patienters valfrihet har ökat har även kraven på vårdens utbud vuxit. Patienter med möjlighet att vända sig till andra vårdgivare är mer benägna att ställa krav på vårdutbudet. Det återspeglas i det faktum att vårdkonsumtionen har ökat i snabbare takt de senaste decennierna än vad endast befolkningsutvecklingen kan förklara. En referens kan här göras till diskussionen om sjukvårdens kostnader för digitala vårdbesök. Diskussionen har, något förenklat, kommit att handla om att nätläkarföretag har lockat ”billiga” patienter med i regel små vårdbehov.²⁷ Debatten om nätläkarna belyser förvisso aspekter av den svenska hälso- och sjukvårdsregleringen som bör utredas, till exempel nationella ersättningsmodeller för digital vård, vilka dock faller utanför ramarna för denna rapport. Något som ofta glömts är dock vad patienttillströmningen till nätläkarna i grunden ger uttryck för: en växande efterfrågan på vård. I takt med ökad valfrihet framträder en efterfrågan på sjukvård som tidigare har tryckts ner genom ransoneringar och bristande tillgänglighet i den offentliga vården.

22 Iversen (2011) s 74 ff.

23 Wagner (1890). Wagners lag, även känd som lagen om ständigt ökande statliga utgifter, är uppkallad efter den tyska ekonomen Adolph Wagner som lanserade teorin år 1890. Enligt lagen växer de offentliga utgifterna snabbare än BNP, vilket på sikt leder till att de offentliga utgifterna ökar som andel av BNP. Bakom ökningen av de offentliga utgifterna ligger bland annat att människor efterfrågar mer välfärd i takt med att deras välstånd ökar, samt att administrationskostnaderna ökar i en växande ekonomi.

24 Prop 2006/07:52.

25 SOU 2008:37, prop 2013/14:106.

26 Prop 2013/14:106 s 84 ff.

27 Se t.ex. Grönwall Lindholm m.fl. (2020).

Det kommer alltid att finnas en diskrepans mellan vad den offentliga vården kan och bör erbjuda och hur högt enskilda patienter värderar sin hälsa. Allmänhetens efterfrågan på välfärds-tjänster kommer inte att avstanna eller anpassa sig till välfärdssektorns produktivitetsutveckling. Inte heller bör detta ses som ett politiskt ändamål. Tvärtom hade det varit orimligt att försöka förhindra 1990 års medborgare från att åtnjuta 2000-talets tekniska och medicinska landvinningar inom vården. Av samma skäl är det orimligt, givet utvecklingen mot ökad patientmakt och valfrihet i sjukvården, att anta att 2050 års medborgare skulle nöja sig med 2020 års valfrihet.

Med ökad valfrihet följer dock ökad efterfrågan och ökade kostnader. Om man anser att det är en kostnad värd nyttan, har man också en skyldighet att motivera vem som ska bära den kostnaden. Som kommer att argumenteras för i denna rapport finns det ytterst en gräns för när det är rimligt att kräva kollektiv finansiering för individuell valfrihet. Patienter har rätt att ställa höga krav på såväl vårdutbud som vårdkvalitet – en rätt som i högre utsträckning än vad som i dag är fallet måste återspeglas i det svenska sjukvårdssystemet.

Vem ska betala?

All tillgänglig data pekar alltså i riktning mot ett ökat tryck på hälso- och sjukvårdens resurser, samtidigt som Sverige utmärker sig som ett av de länder där störst andel av sjukvården finansieras med offentliga medel. Det leder till frågan: hur ska finansieringsfrågan i svensk hälso- och sjukvård lösas?

Dellösningar har lyfts i olika sammanhang. Kan frågan lösas genom att öka produktiviteten i svensk sjukvård? På vissa håll har det hävdats.²⁸ Att ökad produktivitet är en realistisk lösning på den långsiktiga finansieringsfrågan är det dock få som skulle skriva under på i dag. Kostnaderna per producerad enhet har förvisso minskat för en

mängd åtgärder inom sjukvården, bland annat genom minskningar av antalet vårdplatser och en ökad andel behandlingar i öppenvård.²⁹ Det finns dessutom potential att åstadkomma ytterligare effektiviseringar genom att i högre utsträckning konkurrensutsätta vården. Där kan den svenska modellen med decentraliserade sjukhus sannolikt spela en viktig roll.³⁰ Samtidigt är produktivitetshöjande insatser av denna typ till sin natur svåra att utöka på sikt, inte minst eftersom det riskerar att resultera i övervältringskostnader (exempelvis på anhöriga som får ett större ansvar för vården).³¹ Det är dessutom vanskligt att anta att produktivitetshöjande åtgärder automatiskt skulle leda till en total kostnadsminskning. Trots att i princip alla höginkomstländer under de senaste decennierna har ägnat sig åt olika former av kostnadsbegränsningsåtgärder har kostnaderna för hälso- och sjukvård inte upphört att öka. Produktivitetshöjningen tycks med andra ord inte hänga med kostnadsutvecklingen. Inte heller preventivt hälso- och sjukvårdsarbete erbjuder en realistisk lösning på finansieringsfrågan. Mycket är förvisso ur ett finansieringsperspektiv vunnit på att förhindra ohälsa, men prevention avhjälpas knappast kostnader kopplade till demografi.³²

Men den skarpa frågan står inte vid huruvida produktivitetshöjningar eller prevention är verksamma åtgärder. Den handlar i stället om den kollektiva finansieringens gränser. På denna punkt står det klart att kollektiv finansiering som lösning vid en viss punkt inte kommer att vara gångbar – i alla fall inte om målet är att hälso- och sjukvårdens utbud ska utvecklas i takt med den medicinska utvecklingen och människors ökade efterfrågan på valfrihet och inflytande. Detta oavsett om det, vilket ibland påpekas, skulle finnas ett opinionsmässigt stöd för att betala för ökade hälso- och sjukvårdsutgifter genom skattsedeln.³³ Enligt en uppskattning som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) genomfört skulle skattesat-

28 Jfr Borg (2009) s 65 ff, Iversen (2011) s 107 ff.

29 Grahlén (2019) s 42.

30 Lyttkens (2010) s 129 ff, se även vidare Karlsson & Lundbäck (2021).

31 Grahlén (2019) s 42.

32 Jfr Lyttkens (2010) s 126 ff.

33 SKR (2010) s 29.

sen för kommuner och regioner behöva uppgå till 53 procent år 2035 om ambitionen är att öka standarden i vården med blygsamma en procent per år.³⁴ Långtidsutredningen från 2015 konstaterade krasst att skattehöjningar, även sådana som tas ut på trögrörliga skattebaser såsom konsumtion och fastigheter, endast kan vara en kortsiktig lösning om efterfrågan på offentliga välfärdstjänster fortsätter att stiga. Dessutom är utrymmet för ökade skattekvoter på sådana skattebaser redan i dag begränsat. På längre sikt är det enligt utredningen omöjligt att hitta nya skatter som inte har en tydligt negativ effekt på ekonomins funktionssätt.³⁵

Givet denna insikt om skattefinansieringens begränsningar blir frågan snarare vem som ska betala för vården än hur vården ska betalas. Långtidsutredningens slutsats är att även om finansieringsbasen kan stärkas i form av fler arbetade timmar kommer det på sikt inte att vara tillräckligt. Slutsatsen i utredningen är att det kommer att vara nödvändigt att öppna upp för mer privat finansiering av välfärdstjänster för att säkra den långsiktiga finansieringen. Utredningen konstaterade också att det är av stor vikt att omfattningen och gränserna för det offentliga åtagandet klargörs.³⁶

Som vi ser det kan frågan om sjukvårdens finansiering i grunden brytas ner till en frågeställning: hur hanterar vi att patienter efterfrågar vård som faller utanför vad den kollektiva finansieringen lämpligen kan erbjuda? På den frågan finns tre möjliga svar:

1. Att betala för all efterfrågad vård (vilket förutsätter obegränsade resurser i vården).
2. Att begränsa vad patienter kan erhålla (vilket är den nuvarande ordningen).
3. Att erbjuda patienter att i större utsträckning betala för att erhålla efterfrågad vård.

För den som värnar om såväl grundprincipen om en skattefinansierad hälso- och sjukvård som patientens valfrihet och självbestämmande är det

sista alternativet det enda aktuella. Denna lösning förutsätter dock två saker: att det finns en tydlig avgränsning av det offentliga vårdåtagandet samt att det finns möjligheter för patienter att betala för önskad vård, såväl på den privata vårdmarknaden som inom ramen för den offentliga vården. Som kommer att argumenteras för i denna rapport brister det i dag i båda dessa förutsättningar.

Det räcker med en kort reflektion för att konstatera att den ransonering som på olika sätt blir följden av en tillämpning av ovan nämnda alternativ 1 eller 2 är ett mindre lämpligt alternativ. Ransonering, och den köbildning som denna oundvikligen leder till, är det säkraste sättet att skapa en tillgång till vård baserad på godtyckliga faktorer såsom kunnighet om systemet, snarare än objektiva och rättssäkra faktorer såsom behov. Dessvärre uppvisar den svenska sjukvården redan i dag tydliga symptom på denna ransoneringssjuka, något som dessutom kan tänkas öka i takt med växande vårdköer.³⁷

Endast ett system där patienten tillåts välja vad den vill, men samtidigt också betala för val som faller utanför vad som är rimligt att offentligt subventionera, har potential att utvecklas i takt med patienters ökande efterfrågan på kvalitet och valfrihet i vården. Efterfrågan på hälsa kommer inte att avstanna, utan kan snarare antas öka i takt med ökat välbefinnande och medicinsk utveckling. Ett nästan uteslutande skattefinansierat sjukvårdssystem kommer dock aldrig att kunna följa den utvecklingen. För den som värnar om att skattefinansiering ska fortsätta utgöra basen för sjukvårdens finansiering är ökad grad av egenfinansiering därför en nödvändighet.

34 Iversen (2011), s 75. Ämnet behandlas även i bl.a. SOU 2015:104 s 282 f, SOU 2008:105 167 f, Granlund (2018).

35 SOU 2015:104 s 327 f.

36 SOU 2015:104 s 319 ff.

37 Mer om detta i avsnitt 3.

GRÄNSERNA FÖR DET OFFENTLIGA ÅTAGANDET: EN PRIORITERINGSFRÅGA

Den etiska plattformen

Alla kollektivt finansierade hälso- och sjukvårdssystem innehåller någon form av ransonering. Ett katastrofalt exempel på vad som händer i ett kollektivt finansierat system som inte är ransonerat kan hämtas från den brittiska hälso- och sjukvårdshistorien. År 1948 deklarerade den dåvarande Labourregeringen att all sjukvård skulle vara avgiftsfri. När kostnaderna för det i det närmaste obegränsade offentliga åtagandet för hälso- och sjukvård började löpa bortom all kontroll tvingades regeringen i början av 1950-talet att backa och återinföra ett antal avgifter. Försöket med helt avgiftsfri hälso- och sjukvård har aldrig återupprepats i Storbritannien.³⁸ Exemplet visar med önskvärd tydlighet att det som är kollektivt finansierat också måste vara kollektivt ransonerat. Eller som saken träffande har beskrivits i ett annat sammanhang:

No system can say yes to every desired treatment, in every context, at any price. All systems have to tell somebody no: Either providers cannot charge what they want, or patients cannot have what they want, or taxes are going to be much higher than anyone wants.³⁹

Av hälso- och sjukvårdslagen framgår att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor, att vård ska ges med respekt för alla människors lika värde samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde i vården (3 kap 1 §). Vidare framgår att den offentliga vården ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (4 kap 1 §).

Lagrummen ger uttryck för tre principer, som tillsammans utgör den så kallade etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården:

- Människovärdesprincipen: alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället,
- Behovs- och solidaritetsprincipen: resurserna i vården ska fördelas efter behov,
- Kostnadseffektivitetsprincipen: vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Den etiska plattformen, som fastställdes av riksdagen år 1997, är den grund på vilken prioriteringar i vårdutbud och vårdbehov ska göras.⁴⁰ Plattformen ålägger alla vårdgivare, såväl privata som offentliga, att prioritera patienters vårdbehov i enlighet med principerna. Det råder dock viss osäkerhet i den juridiska doktrinen om plattformen även är tillämplig när en privat vårdgivare utför vård som inte är offentligt finansierad. Bland annat menar Ewa Axelsson, doktor i medicinsk rätt, att så är fallet.⁴¹

Principerna i plattformen är rangordnade, vilket innebär att kostnadseffektivitetsprincipen vid en målkonflikt är underordnad de andra principerna. Kostnadseffektivitetsprincipens roll och betydelse i den svenska hälso- och sjukvården är dock inte helt okomplicerad. När principen introducerades i prioriteringsutredningen 1997 hade den en begränsad roll – principen skulle endast aktualiseras vid val mellan likvärdiga alternativa

38 Garpenby (1991) s 25.

39 Klein (2020).

40 Prop 1996/97:60.

41 Se bl.a. Axelsson (2011) s 64, prop. 2006/07:52 s 12. Jfr prop 2016/17:166, där ett förtydligande av den etiska plattformens tillämplighet på privata vårdgivare efterfrågas vilket indikerar att detta inte är en självklarhet.

åtgärder för ett och samma tillstånd. Sedan början av 2000-talet har dock principen kommit att få allt större betydelse vid prioriteringar i vården. Till exempel ligger kostnadseffektivitetsanalyser till grund för Tandvårds- och läkemedelsförhållningsverkets (TLV) beslut om vilka läkemedel som ska omfattas av högkostnadsskyddet. I praktiken tillämpas i dag en ordning för prioriteringar där beslut fattas mot bakgrund av generella tröskelvärden för kostnad för effekt, ofta beräknat per QALY (kvalitetsjusterade levnadsår). En tumregel är att behandlingar för svåra tillstånd generellt sett inte ska överstiga en kostnad om 1 miljon kronor per QALY.⁴²

Fyraåriga Edith Sigvardsdotter, som lider av den sällsynta ämnesomsättningssjukdomen Morquios sjukdom som leder till bland annat kortväxthet, är ett exempel på hur sådana skarpa gränser kan dras. Den uppskattade kostnaden för hennes behandling är 1,4 miljoner kronor per år, även om den exakta kostnaden är oklar eftersom hon inte har fått en individuell utredning. Region Uppsala har beslutat att inte ge Edith medicinen baserat på en rekommendation från NT-rådet (Rådet för nya terapier), som anser att medicinen är för dyr. Ediths föräldrar menar däremot att NT-rådets rekommendation fokuserat för mycket på kostnad på bekostnad av människovärdesprincipen.⁴³ Edith Sigvardsdotters fall är oavsett en tydlig illustration av hur instanser som NT-rådet och regioner som Uppsala tar hänsyn till kostnadseffektivitet i praktiken.

Ett misslyckat implementeringsarbete

En uttalad ambition med plattformen var att regioner skulle börja redovisa sina prioriteringar i vården öppet. I syfte att underlätta implementeringen inrättades år 2000 ett nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vården med säte på Linköpings universitet (Priorite-

eringscentrum).⁴⁴ Arbetet med att implementera plattformen i vårdens beslutsprocesser har dock varit kantat av svårigheter. Den första regionen som tillämpade den etiska plattformen fullt ut var Region Östergötland, som år 2003 inledde ett omfattande arbete med att offentliggöra vårdens prioriteringar. Arbetet visar på svårigheterna med att som politiker kommunicera nödvändiga – men impopulära – prioriteringar i vården. I media utmålades prioriteringarna inte sällan som illegitima och som ett uttryck för en vård i kris.⁴⁵ Den lista på ett femtiotal sjukdomar som nedprioriterades i vården benämndes i media som ”svarta listan”.⁴⁶ Sedan dess har flera andra regioner genomgått liknande processer, bland andra Region Kronoberg⁴⁷ och Region Västerbotten.⁴⁸

Den etiska plattformen har varit föremål för omfattande diskussioner ända sedan den infördes. Kritik har riktats mot såväl de etiska principerna i sig som mot förutsättningarna att implementera dessa. I en kartläggning av Prioriteringscentrum från 2007 framhölls bland annat att principerna bör preciseras och förtydligas eftersom de uppfattas som otydliga och motsägelsefulla av vårdens aktörer.⁴⁹ Lars Sandman, professor i hälso- och sjukvårdsetik vid Linköpings universitet, lyfter i en genomgång av den etiska plattformen från 2015 fram ett antal tolkningssvårigheter avseende plattformens principer. Bland annat menar Sandman att en utförligare diskussion bör föras kring hur lika möjligheter respektive lika utfall ska tolkas och tillämpas i beslut om prioriteringar, hur synen på biologisk ålder bör påverka prioriteringsbeslut samt hur principen om kostnadseffektivitet ska vägas in.⁵⁰ Hälsoforskaren och journalisten Susanne Waldau disputerade år 2010 med en avhandling om den svenska implementeringen av öppna prioriteringar i vården. En av de övergripande slutsatserna i avhandlingen var att den svenska hälso- och sjukvårdens styrnings- och led-

42 Sandman m.fl. (2010).

43 Frithiof (2021).

44 SOU 2001:8 s 52.

45 Bäckman m.fl. (2004) s 35 ff.

46 Hedenbro (2004).

47 Utvärderat i bl.a. Garpenby m.fl. (2010).

48 Utvärderat bl.a. Broqvist m.fl. (2009).

49 Prioriteringscentrum (2007) s 1 ff.

50 Sandman (2015).

ningssystem inte är ändamålsenliga för att bedriva prioriteringsarbete. Vidare menar Waldau att systemen för styrning och ledning i svensk sjukvård – bland annat organisationskulturen, beslutsprocesserna och ansvarsfördelningen – behöver förändras för att resursfördelningsbeslut baserat på den etiska plattformen ska vara möjliga.⁵¹

I dag finns en nationell modell för arbetet med öppna prioriteringar inom vården, som kontinuerligt uppdateras av Prioriteringscentrum.⁵² Modellen är ett verktyg för att systematiskt rangordna olika hälsotillstånd och medicinska åtgärder utifrån den etiska plattformen, och syftar till att konkretisera plattformens principer. Trots införandet av modellen är den samlade bilden i dag att arbetet med att implementera den etiska plattformen inte har nått önskade resultat. Enligt en fallstudie från år 2020 av fyra regioners prioriteringsarbete utgör den etiska plattformen inte en framträdande del av styrningen och resursfördelningen i vården. Enligt undersökningen saknas det en gemensam bild av hur riktlinjerna för prioriteringar ska tillämpas, såväl i det praktiska arbetet som i förhållande till andra mål för hälso- och sjukvården. Den övergripande slutsatsen i studien är att regeringen bör stärka såväl styrningen som uppföljningen av arbetet med prioriteringar. Vidare betonas att det behövs en översyn av den etiska plattformens principer i ljuset av implementeringssvårigheterna som utredningen har iakttagit. Utredningen tar inte ställning till vilka specifika revideringar av plattformen som bör göras, men påpekar att principerna behöver förtydligas och anpassas till de tekniska, medicinska och organisatoriska förändringar som har skett i vården sedan plattformen tillkom.⁵³

Den etiska plattformens förhållande till med- och egenfinansiering

En särskild punkt på vilken den etiska plattformen har gett upphov till tolkningssvårigheter är i fråga om patienters möjligheter att själva betala för vårdinsatser genom så kallad med- eller egen-

finansiering. Medfinansiering tillämpas i vissa regioner vid bland annat kataraktoperationer. Då finansieras kostnaden för att operera för gråstarr offentligt, men patienten erbjuds även möjlighet att mot betalning lägga till en synkorrigerande lins vid operationen. Patienten står alltså inte för kostnaden för själva operationen, men däremot för en tilläggstjänst i samband med operationen. Med egenfinansiering avses i stället att en patient finansierar hela hälso- och sjukvårdsinsatsen privat, antingen inom ramen för den offentligt finansierade vården eller hos en privat vårdgivare.

Frågan om med- och egenfinansiering är förenlig med den etiska plattformen aktualiserades i samband med att Statens medicinsk-etiska råd (Smer) år 2014 utkom med betänkandet ”Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter”.⁵⁴ Smer resonerade där kring de etiska betänkligheter som är förenade med att patienter tillåts betala för vissa vårdinsatser i den offentliga vården. Egenfinansiering, som tar sig uttryck genom att patienter tillåts betala ett självkostnadspris för vissa vårdinsatser som inte är offentligt finansierade, är enligt rådet oproblematiskt ur etisk synpunkt så länge det inte leder till undanträngningseffekter i den offentliga vården. Slutsatsen i betänkandet är dock den motsatta när det kommer till medfinansiering av vård. Det är enligt rådet aldrig etiskt försvarbart att kunna köpa högre kvalitet eller bättre tillgänglighet inom ramen för den offentligt finansierade vården, eftersom en sådan möjlighet strider mot principen om vård på lika villkor. Detta gäller enligt rådet oavsett om den aktuella vårdinsatsen leder till undanträngningseffekter eller inte. En patient som önskar sig annan eller högre kvalitet än den som erbjuds inom ramen för den offentliga vården får i stället söka sig till den privata vårdmarknaden och egenfinansiera vårdinsatsen.

Smers betänkande har haft betydelse för tillämpningen av medfinansieringsupplägg i landets regioner. Som exempel kan nämnas att Etiska rådet i Region Skåne så sent som i februari 2020

51 Waldau (2010) s 75 ff.

52 Prioriteringscentrum (2017).

53 Vårdanalys (2020b) s 135 ff.

54 Smer (2014).

tog avstånd från att regionen tillhandahöll medfinansierade hörapparater, med hänvisning till Smers betänkande.⁵⁵ Etiska rådet i Region Skåne avrådde i september 2019 också från medfinansierade kataraktoperationer.⁵⁶

Smer gör i sitt betänkande en tämligen restriktiv tolkning av den etiska plattformen. Grunden för rådets tolkning tycks vara ett scenario där en patient som behöver en vårdinsats utan undantag erbjuds denna, fullt offentligt finansierad. Denna tolkning är dock svår att förena med verkligheten. Den förutsätter nämligen att vårdens resurser är i det närmaste obegränsade, och således möjliggör för offentlig finansiering av alla nödvändiga vårdinsatser. Som ovan berörts talar mycket för att motsatsen är att vänta. Inom en inte alltför avlägsen framtid kommer den offentliga hälso- och sjukvården att stå inför stora ransonerings- och prioriteringsutmaningar till följd av ett växande gap mellan resurser och behov. I praktiken kan morgondagens prioriteringsfrågor handla om val mellan olika nödvändiga vårdinsatser, snarare än mellan nödvändiga och livsstilsförbättrande vårdinsatser. Lars Sandman lyfter just detta väntade resursgap i vården som grund för att ompröva Smers inställning till medfinansiering.⁵⁷

När är det då motiverat att ta ut avgifter för offentlig vård? I förarbetena till den etiska plattformen görs det något luddiga uttalandet att en persons betalningsförmåga *i princip* inte får påverka väntetidens längd eller vårdens grundläggande kvalitet inom ramen för den helt eller delvis offentligt finansierade vården.⁵⁸ Ordvalet indikerar att det finns utrymme för undantag, vilket även är fallet i dag. En strikt tillämpning av principen hade till exempel inneburit att patientavgifter skulle stå i strid med den etiska plattformen. Och det finns redan i dag en omfattande egenfinansiering av behandlingar och hjälpmedel som kan betraktas som nödvändig vård, exempelvis tandvård och glasögon. Därtill finns det läkemedel som finansieras helt privat trots att de är både kostnadseffektiva och ger stor nytta, till exempel

olika smärtstillande läkemedel. Med detta i åtanke är det vanskligt att, som Smer gör, dra en skarp gräns mellan otillåtna avgifter i form av medfinansiering och tillåten egenfinansiering i form av till exempel patientavgifter

55 Region Skånes Etiska Råd (2020).

56 Region Skånes Etiska Råd (2019).

57 Sandman (2015) s 18 ff.

58 Prop 1996/97:60.

MED- OCH EGENFINANSIERING I VÅRDEN I DAG

Så långt kan det konstateras att svensk sjukvård står inför ett växande kostnadstryck. Det kan också konstateras att ökad privat finansiering av vård förmodligen kommer att vara en nyckel till att på sikt kunna upprätthålla valfrihet i vårdutbudet. Samtidigt utmärker sig Sverige som ett av de länder där den offentliga finansieringsbördan för vård är mycket omfattande: ungefär 85 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård. Genom en restriktiv tolkning av den etiska plattformen har Smer funnit att medfinansiering i den offentliga vården strider mot den så kallade människovärdesprincipen. I detta avsnitt presenteras en kort överblick av egen- och medfinansieringens förekomst i svensk sjukvård i dag, samt de svårigheter – främst juridiska – som omgärdar egen- och medfinansiering.

Medfinansiering i svensk sjukvård: en gråzon

Som beskrivits ovan avses med medfinansiering att en patient betalar mellanskillnaden mellan kostnaden för en vårdinsats i den offentliga vården och kostnaden för ett visst tilläggsval som inte finansieras av det offentliga. Typexempel på medfinansierade vårdtjänster är möjligheten att lägga till en synkorrigering vid en starroperation och att skjuta till extra medel för dyrare hörapparater som ligger utanför det offentliga utbudet.

Avgifter för vård får enligt hälso- och sjukvårdslagen tas ut enligt grunder som regioner eller kommuner bestämmer.⁵⁹ Beslut om avgifter och medfinansieringsupplägg fattas med andra ord lokalt inom ramen för de gränser som uppställs i lag, främst hälso- och sjukvårdslagen. Det finns ingen allmänt tillgänglig sammanställning av vilka regioner som tillhandahåller medfinansieringsupplägg i dag. Den senaste utförliga sammanställningen genomfördes av SKR år 2014.⁶⁰ I kartläggningen ålades landets regioner att beskriva hur möjligheterna till medfinansierade

vårdinsatser reglerades i regionen. Av svaren, som dessvärre inte är fullständigt redovisade i SKR:s kartläggning, är det särskilt noterbart att ett stort antal regioner över huvud taget inte hade fattat något beslut om medfinansiering. Av de totalt 14 regioner vars svar redovisades i kartläggningen hade 11 inte behandlat frågan politiskt, än mindre tagit fram några kriterier till stöd för beslutsfattare på lägre nivåer inom vården.

Det mest flagranta fallet av otydlighet stod Region Jämtland Härjedalen för. Av sammanställningen framgår att regionen, i brist på allmänt antagna kriterier eller riktlinjer, hade lämnat frågan om medfinansiering till enskilda läkare att fatta beslut om. I ett fåtal fall, där patienten efterfrågat detta, hade beslut fattats att erbjuda synkorrigering vid gråstarrsoperation till full offentlig finansiering. I övriga fall tillhandahölls inte samma tjänst. Ordningen motiveras med att det rörde sig om ”så få per år” att några tydligare beslut än så inte behövde fattas.

Reservation bör göras för att kartläggningen har några år på nacken. Ett flertal regioner har sannolikt justerat sina beslut i enlighet med Smers betänkande.⁶¹ Likväl kan kartläggningen tjäna som en fingervisning om otydligheterna kring medfinansieringsupplägg i landets regioner. Det är tydligt att regionerna hade olika eller – än värre – inga uppfattningar alls om medfinansieringsuppläggets förenlighet med den etiska plattformen.

En annan punkt på vilken frågan om medfinansiering har givit upphov till oklarheter är förhållandet till de regler som begränsar regionernas kompetens. Lotta Lerwall, professor i förvaltningsrätt, har i en underlagsrapport till Smer uttryckt att det kan finnas juridiska betänkligheter kring regioners tillhandahållande av medfinansierade tjänster. Lerwall påpekar att det inte är klarlagt om medfinansierade tjänster ligger inom

59 17 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

60 SKR (2014).

61 Jfr t.ex. ovan nämnda beslut i Region Skånes Etiska råd.

ramen för den kommunala kompetensen, samt att vissa tilläggstjänster kan hamna i konflikt med regler som förbjuder regioner att bedriva verksamhet som begränsar konkurrensen på marknaden.⁶² I den mån medfinansiering erbjuds begränsas regionens möjlighet att ta ut en kostnad för tjänsten av självkostnadsprincipen, som innebär att avgiften för en viss tjänst inte får gå utöver de faktiska kostnaderna för att tillhandahålla den.⁶³ Problemet skulle därför vara att tilläggstjänster till självkostnadspris kan innebära en konkurrensnedvridande effekt, i den mån det finns en privat marknad för vården ifråga.

De allra flesta medfinansierade vårdtjänster som regionerna lämpligen kan tillhandahålla skulle dock, såvitt vi kan förstå, inte komma i konflikt med de kommunala kompetensreglerna. Lerwalls redogörelse tycks utgå från tanken att medfinansierade tjänster är sådana som faller tydligt utanför det legala hälso- och sjukvårdsbegreppet och därför måste prövas inom ramen för den allmänna kommunala kompetensen. De åtgärder som lämpar sig för medfinansiering faller dock enligt vår mening inom ramen för hälso- och sjukvårdsbegreppet i hälso- och sjukvårdslagen. Begreppet – som tar sin utgångspunkt i åtgärder för att medicinskt utreda, förebygga och behandla sjukdomar och skador⁶⁴ – bör exempelvis omfatta åtgärder såsom korrigering av synfel i samband med en kataraktoperation. Att vissa vårdinsatser inte utförs av den offentliga vården – till exempel på grund av att de inte bedöms vara tillräckligt kostnadseffektiva – är en annan sak, som inte har med det legala hälso- och sjukvårdsbegreppet att göra.

Ojämlig tillgång till medfinansiering

Att det saknas transparenta villkor för medfinansiering i landets regioner riskerar att skapa något som Anders Anell, professor med inriktning på hälso- och sjukvårdens organisation och ekono-

mistyrning vid Lunds universitet, har beskrivit som *muddling through* – att patienter krånglar sig igenom beslutsprocesser i vården.⁶⁵ Patienter som känner till möjligheten att få ett bättre vårdalternativ, exempelvis en dyrare hörapparat eller en synkorrigering lins, kan efterfråga detta inom ramen för den offentligt finansierade vården. Även om vårdalternativet inte bedöms vara prioriterat kan påstridiga patienter ”krångla sig till” vården, kanske utifrån hotet att de annars vänder sig till en annan vårdgivare. Resultatet blir att välinformerade och vältaliga patienter gynnas på bekostnad av patienter som, kanske av medgörlighet eller okunskap, finner sig i beslutet. Den ovan nämnda avsaknaden av medfinansieringskriterier i Region Jämtland Härjedalen är ett tydligt exempel på denna effekt. I brist på tydliga kriterier för när medfinansiering erbjuds kunde vissa patienter erhålla hela kataraktoperationen, inräknat en synkorrigering lins, medan andra patienter gick miste om denna möjlighet.

Frågan om tillgången till medfinansierad vård blir än mer komplicerad sedd i ett större perspektiv. För den patient som önskar få vård medfinansierad finns det nämligen en möjlighet att erhålla detta oavsett begränsningarna på regional nivå – genom att utnyttja patientrörligheten i Europa. Under de senaste åren har patientrörligheten utvecklats, vilket har öppnat upp möjligheter för patienter att söka vård utomlands. En patient som inte är nöjd med det svenska vårdutbudet kan numera välja att få vård i ett annat land inom EES (EU-länderna samt Norge, Island och Liechtenstein) och få ersättning för detta från Försäkringskassan.⁶⁶ I praktiken innebär patientrörligheten inom EES en indirekt rätt till medfinansiering – ersättningen ges nämligen i den mån motsvarande vård hade tillhandahållits i Sverige. För öppenvård, där det fria vårdvalet är lagfäst,⁶⁷ ska bedömningen om motsvarande vård hade givits i Sverige göras i relation till vårdutbudet i

62 Lerwall (2014), s 12 ff.

63 2 kap 6 § kommunallagen (2017:725).

64 Definitionen hämtad från Axelsson (2011) s 33.

65 Begreppet är lånat från Charles Lindbloms klassiska artikel, se Anell (2014) s 71 med ref.

66 Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård, genomförd i Sverige genom lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska samarbetsområdet.

67 9 kap 1 § patientlagen.

alla regioner.⁶⁸ För slutenvård ges, något förenklat, ersättning i den mån hemregionen erbjuder motsvarande vård.⁶⁹ Detta innebär att patienten får ersättning från Försäkringskassan för den vård som hade kunnat erhållas även i Sverige. Den vård som går utöver detta – exempelvis en dyrare behandling eller en behandling av något som i svensk sjukvård inte anses svara mot ett tillräckligt medicinskt behov – får patienten själv bekosta. På så sätt kan en svensk patient få vårdinsatser medfinansierade av den svenska staten genom att erhålla vården i ett annat land. År 2016 beviljades ungefär 2 500 personer ersättning för planerad vård utomlands. Den vanligaste planerade vården var så kallad hyperhidrosbehandling (mot överdrivna svettningar) utförd i Danmark. Majoriteten av de patienter som beviljades ersättning för sjukvård utomlands år 2016 var bosatta i Region Stockholm.⁷⁰

Att patienter kan vända sig till den europeiska vårdmarknaden, och på så sätt ta del av vård som inte tillhandahålls i Sverige, är naturligtvis positivt. Samtidigt går det att notera den märkliga diskrepans som uppstår när den begränsade tillgången till medfinansiering i den svenska vården enkelt kan kringgås genom att patienten vänder sig till den europeiska vårdmarknaden.

Att det saknas tydliga kriterier för medfinansiering i svenska regioner innebär en risk för att vissa patienter får tillgång till vårdinsatser som inte erbjuds alla patienter. Generellt sett är det patienter med högt socialt kapital som har möjligheter att navigera i vårdens beslutsprocesser och därmed kan ”krångla sig till” olika vårdinsatser. På samma sätt är det förmodligen inte alla patienter som känner till möjligheten att utnyttja patienttrörligheten inom EES. Om syftet med att begränsa tillgången till medfinansiering i den svenska offentliga vården är att främja jämlikhet, vilket tycks vara ambitionen i Smers betänkande från 2014, är resultatet snarast det motsatta. Mer

än något annat tycks dagens ambivalenta inställning till medfinansierade vårdalternativ öka ojämlikheten i vården. För den som har tid, resurser och kunskap för att ”projektleda” sin egen vård finns det i dag möjligheter att erhålla medfinansiering – om inte annat genom att utnyttja patienttrörligheten inom Europa. Sämre informerade, resurssvaga patienter får inte tillgång till, eller får i varje fall inte höra talas om, sådana alternativ.

En översikt av egenfinansieringen i svensk vård

Med egenfinansiering av vård avses att en patient finansierar en hälso- och sjukvårdsinsats privat. Detta sker vanligen genom att en sjukvårdsinsats köps på den privata vårdmarknaden, vilket i Sverige oftast sker inom ramen för en sjukvårdsförsäkring. Det finns även möjligheter att egenfinansiera vårdinsatser i den offentliga vården. Exempel på egenfinansierade insatser som i dag erbjuds av regioner till självkostnadspris är olika typer av vaccinationer och vissa insatser inom assisterad befruktning.⁷¹

Volymerna av egenfinansierad vård i Sverige är blygsamma. Som ovan beskrivits utgjorde privat vårdkonsumtion mindre än en procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige år 2019.⁷² Statistik från branschorganisationen Svensk Försäkring visar att 690 000 svenskar hade en privat sjukvårdsförsäkring i slutet av år 2020. Detta motsvarar 14 procent av antalet sysselsatta personer i åldrarna 15–74 år.⁷³ Antalet försäkringar har ökat kraftigt över tid sedan de introducerades i Sverige i början av 1980-talet: sedan år 2000 har antalet försäkringstagare sexdubblats.⁷⁴ Enligt en studie från 2018 av förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar i Norden är bristande tillgänglighet (upplevd och faktisk) den främsta faktorn bakom det växande antalet privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige. De största köparna av sjukvårdsförsäkringar är arbetsgivare, främst i syfte att sänka sjukfrånvaron genom att ge arbetstagnerna snabb-

68 ISF (2019) s 16. Se även Kammarrätten i Stockholm, mål nr 7892–17 och mål nr 7889–17.

69 HFD 2017 ref 63.

70 Försäkringskassan (2017).

71 Smer (2014) s 59.

72 OECD:s hälsodatabas (2021).

73 Svensk Försäkring (2021).

74 Vårdanalys (2020a) s 25 ff.

are tillgång till vård.⁷⁵ Nästan sex av tio försäkringstagare får sjukvårdsförsäkringen betald av sin arbetsgivare enligt statistik från 2020.⁷⁶

Enligt en kartläggning från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys omfattar de svenska sjukvårdsförsäkringarna framför allt vård och tjänster av det slag som också erbjuds i den offentliga vården. Därutöver är det vanligt att försäkringarna erbjuder garantier om snabb tillgång till vård. En del försäkringar omfattar även tjänster som inte ingår i det offentliga vårdatagandet, exempelvis samtalsstöd med psykolog, jurist eller ekonom. Akut- och intensivvård omfattas inte av dessa försäkringar, och de flesta försäkringarna omfattar inte heller behandling i samband med graviditet, kosmetiska behandlingar, tandvård och synkorrigering.⁷⁷ Överlag är de svenska sjukvårdsförsäkringarna främst så kallade supplementära försäkringar, till skillnad från komplementära försäkringar som omfattar tjänster och vård som inte erbjuds av det offentliga. Detta är något som skiljer den svenska sjukförsäkringsmarknaden från bland annat de finska och danska marknaderna, där komplementära sjukförsäkringar är betydligt vanligare.⁷⁸

Marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar

Trots att allt fler svenskar tecknar en privat sjukvårdsförsäkring har sjukvårdsförsäkringsmarknaden på senare år varit föremål för en styvmoderlig politisk behandling.

Fram till 1995 var arbetsgivarbetald hälso- och sjukvård inte föremål för förmånsbeskattning. I gengäld förelåg ett förbud för arbetsgivare att dra av kostnader för anställdas sjukvård. Vid en regeländring 1995 slopades avdragsförbudet och en motsvarande förmånsbeskattning infördes för anställda, dock endast för vård i offentlig regi. Privat hälso- och sjukvård undantogs från regeländringen, dels eftersom det inte ansågs möjligt

att på ett tillförlitligt sätt värdera utgifterna för privat vård, dels eftersom tillräckligt starka skäl inte ansågs finnas för att införa en beskattning.⁷⁹ År 2018 togs frågan om beskattning av sjukvårdsförmåner upp för utredning ännu en gång. Denna gång valde man att riva upp skattefriheten för privat sjukvård, och samtidigt införa en motsvarande avdragsrätt för arbetsgivare.⁸⁰ Numera beskattas alltså arbetstagare som genom sin anställning erhållit en privat sjukvårdsförsäkring.

Ett antal invändningar kan göras mot 2018 års förmånsbeskattningsreform. Förmånsbeskattning bygger på den skatterättsliga principen om neutralitet: det ska inte vara möjligt att undgå förvärvsinkomstbeskattning genom att ta ut delar av lönen i form av naturaförmåner. I propositionen framfördes behovet av neutralitet som främsta skäl till att slopa skattefriheten. Vad som är att betrakta som en beskattningsbar förmån är emellertid långtifrån en självklarhet. I praktiken tecknar arbetsgivare sannolikt inte privata sjukvårdsförsäkringar för att undgå beskattning. I själva verket är det snarare en investering för att minska sjukfrånvaron bland de anställda. Särskilt för små företag, där en längre sjukfrånvaro kan ha förödande ekonomiska konsekvenser, kan den snabba tillgången till vård som de privata försäkringarna erbjuder vara nödvändig för företagets fortlevnad. Med det synsättet är de privata sjukvårdsförsäkringarna snarare att betrakta som utgifter för arbetsgivare i syfte att minska sjukskrivningar, än en förtäckt förvärvsinkomst för den anställda.

Förmånsbeskattningen av sjukvårdsförsäkringar är även märklig av andra skäl. Principen om neutralitet har nämligen åsidosatts i det svenska skattesystemet i en rad fall för att främja andra samhällsintressen. Av det skälet beskattas arbetstagare exempelvis inte för personalvårdsförmåner⁸¹ eller personaloptioner.⁸² På samma sätt kan det anses vara ett viktigt intresse att främja anställ-

75 Tynkkynen m.fl. (2018) s 485-492.

76 Svensk Försäkring (2021).

77 Vårdanalys (2020a) s 30 ff.

78 Tynkkynen m.fl. (2018) s 485-492.

79 Prop 1994/95:182 s 20 ff.

80 Prop 2017/18:131. Se bl.a. 10 kap 2 §, 11 kap 18 § och 16 kap 22 § inkomstskattelagen (1999:1229).

81 11 kap 11 § inkomstskattelagen.

82 11 a kap inkomstskattelagen.

das hälsa. Som bland annat Näringslivets Skatte-delegation lyfte i sitt remissvar riskerar förmånsbeskattningen att leda till att färre arbetsgivare erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar till sina anställda. Det är en dålig affär även för samhället i stort, eftersom det kan innebära större kostnader för sjukfrånvaro.⁸³

Ivern att beskatta de privata sjukvårdsförsäkringarna står i bjärt kontrast till det obefintliga intresset att på andra sätt reglera denna marknad. Vid flera tillfällen har bristen på konsument-skydd på sjukvårdsförsäkringsmarknaden lyfts i den allmänna debatten.⁸⁴ Redan 2010 pekade Konsumentverket i en kartläggning av åtta försäkringsbolag på en rad brister på sjukvårdsförsäkringsmarknaden. Bland annat visade kartläggningen att många försäkringsgivare erbjöd luddigt formulerade avtalsvillkor där viktig information utelämnats. Förköpsinformationen var dessutom haltande i många fall. I ett fall hade information exempelvis utelämnats om att patienten kan förväntas åka utomlands för att få den vård som utlovas. Sammantaget landade Konsumentverket i slutsatsen att konsumenter ofta lämnas utan tillräcklig förköpsinformation samt att information om viktiga avtalsbegränsningar och priser inte tydligt redovisas.⁸⁵

Marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar växer stadigt i Sverige, och det komplement som försäkringarna erbjuder kommer med tiden sannolikt att bli ett allt viktigare inslag i den svenska hälso- och sjukvården. Trots detta har förhållningssättet från den svenska lagstiftaren präglats av motvilja och beröringsskräck. Reformen som syftar till att stärka konsumentskyddet för försäkringstagare har fått stryka på foten till förmån för skärpt förmånsbeskattning. För att en välfungerande marknad byggd på tillit och transparens ska vara möjlig krävs ett annat förhållningssätt. Som kommer att beröras nedan visar länder som

Danmark och Nederländerna att tydligt reglerade marknader för privata sjukvårdsförsäkringar kan fungera som viktiga komplement till det offentliga vårdutbudet.

Bristande patienträttsreglering – ett hinder mot informerade val

Den svenska sjukvårdspolitiken har, med några undantag, gått i en riktning mot mer valfrihet. Genom en rad valfrihetsreformer, däribland avskaffandet av stopplagen och införandet av lagen om valfrihetssystem (LOV), har patienter fått fler valmöjligheter. Den ökade valfriheten har dock inte i motsvarande utsträckning följts upp med stärkta rättigheter inom vården. Problematiken beskrevs redan år 1992 av Richard Saltman, professor i hälsopolicy:

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.⁸⁶

Bristerna i den svenska patienträttsregleringen har under lång tid varit föremål för diskussion. Innan patientlagen infördes år 2014 hade Sverige inte en samlad patientlag. Syftet med denna lag var att stärka patientens ställning i vården och öka medvetenheten kring patienträttigheter genom att samla regler som rör patienter i en och samma lag.⁸⁷ Även om införandet av 2014 års patientlag innebar ett framsteg i detta avseende, var det dock långtifrån ett tillräckligt steg. Trots att patientlagen föreskriver ett antal rättigheter, däribland rätt till vård inom en viss tid (den så kallade vårdgarantin),⁸⁸ rätt till individuellt anpassad information⁸⁹

83 Svenskt Näringsliv (2017).

84 Se t.ex. Kjöllér (2019), Fatih (2019).

85 Konsumentverket (2010) s 47 ff.

86 Saltman (1992).

87 Prop 2013/14:106.

88 2 kap. patientlagen.

89 3 kap. patientlagen.

och rätt till en fast vårdkontakt⁹⁰ är rättigheterna utformade som skyldigheter för vårdgivaren, men är inte utkrävbara rättigheter för patienten. Den främsta praktiska konsekvensen av detta är att patienter inte kan utkräva rättigheterna i domstol.⁹¹

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys genomförde år 2017 en uppföljning av hur patientens ställning i hälso- och sjukvården har påverkats sedan patientlagen infördes. Den övergripande slutsatsen i rapporten var att patientens ställning i vården *inte* har stärkts sedan införandet av patientlagen – tvärtom hade patientens faktiska ställning i vården försvagats på flera områden. Vid en internationell jämförelse fann myndigheten att patientens rättsliga ställning i Sverige är svagare än vad som är fallet i Norge, Finland och Danmark.⁹² Patientens rätt till information utmärker sig i undersökningen som ett av de områden på vilket den svenska sjukvården presterar allra sämst. Av en enkätundersökning som myndigheten genomfört framgår att patienterna i lägre utsträckning än före införandet av patientlagen uppger att de har fått tillräcklig information från vården. Undersökningen visar också att patientlagens bestämmelser om vilken information patienten har rätt till inte har fått genomslag – tvärtom upplever färre patienter att de får information om lagstadgade rättigheter såsom rätten till en fast vårdkontakt.⁹³ En tidigare undersökning av samma myndighet visar att den svenska vården i en internationell jämförelse har sämre resultat än andra länder när det gäller just tillgången till information.⁹⁴

En förutsättning för att patienter ska kunna fatta väl avvägda beslut om vård är att de ges rätt information. Rätten till information är också avgörande för en patients möjlighet att välja mellan olika medicinskt lämpliga och likvärdiga

behandlingar – även sådana behandlingar som inte tillhandahålls i det offentligt finansierade vårdutbudet. På denna punkt underpresterar den svenska patientinformationsregleringen inte bara i tillämpningen, utan även sett till innehållet i regleringen.

Informationsrätten i patientlagen föreskriver en rätt för patienten att få information om bland annat de metoder som finns för vård och behandling, möjligheten att välja mellan olika vårdalternativ och möjligheten att välja mellan olika utförare av offentligt finansierad vård.⁹⁵ Regleringen medför dock ingen rätt till information om sådan behandling som går utöver det offentliga vårdutbudet. Inte heller ges någon rätt till information om vilken privat aktör som erbjuder sådan behandling. Att någon sådan rätt inte existerar bekräftas av förarbetena till regleringen, där det framgår att informationsplikten endast avser information om möjligheter att välja mellan vårdgivare inom den offentligt finansierade vården.⁹⁶ Vad gäller rätten till information om olika behandlingsalternativ sägs i förarbetena att sådan information endast ska ges i den mån alternativet erbjuds av en annan offentlig vårdgivare och kan antas vara vedertagen bland hälso- och sjukvårdspersonalen.⁹⁷ Inte heller Läkarförbundets medicinsk-etiska regler föreskriver någon informationsplikt avseende möjligheterna till privata vårdalternativ, för de fall då det offentliga utbudet är begränsat.⁹⁸

I praktiken innebär detta att patienter, som på grund av begränsningarna i det offentliga vårdutbudet inte erbjuds exempelvis ett dyrt läkemedel, inte ges tillräcklig information för att kunna vända sig till den privata marknaden. Därmed begränsas möjligheten att fatta informerade beslut till patienter som har kunskap och tid att söka information om alternativa behandlingsmön-

90 6 kap. patientlagen.

91 Axelsson (2014) s 147.

92 Vårdanalys (2017) s 7 ff.

93 Ibid s 54 ff.

94 Vårdanalys (2016) s 40 ff.

95 Patientlagen 3 kap. 1–2 §§.

96 Prop 2009/10:67 s 49.

97 Prop 2013/14:106 s 114, jfr även SOU 1997:154 s 235 "endast alternativ som är medicinskt motiverade för just denne patient får erbjudas [...] patienten måste också ha nytta av en behandling med alternativet i fråga".

98 Läkarförbundets etiska regler, lydelse 2021-05-21.

ligheter. Bara dessa patienter kommer då att ha en reell möjlighet att få rätt vård i rätt tid.

Denna problematik illustreras väl av turerna kring cancerbehandlingar som utfördes av Aleris Christinakliniken på Sophiahemmet i Stockholm år 2019.⁹⁹ Bakgrunden var att en ny typ av immunterapibehandling inte kunde tillhandahållas inom ramen för den offentligt finansierade vården. För att kunna göra det behövde en nationell rekommendation utfärdas – en väntetid som vissa patienter inte hade råd med. Som saken något krasst uttrycktes av onkologen Nils Wilking:

Min grundsyn är att den offentliga sjukvården ska stå för kostnaderna. Jag kan dock förstå att patienter med spridd tumörsjukdom inte kan vänta i två tre år på en nationell rekommendation – då har de avlidit.¹⁰⁰

Genom egenfinansiering kunde patienter i stället direkt få tillgång till den aktuella behandlingen på Sophiahemmet. Endast ett fåtal, närmare bestämt sex patienter, hade dock på egen hand sökt information om att behandlingen fanns. Tillgången till rätt information innebar för många patienter skillnaden mellan en potentiellt behandlingsbar och en obotlig cancer. Enligt Nils Wilkings uppskattning skulle minst 300 patienter med en annan form av cancer, mot vilken den aktuella immunterapibehandlingen också visat sig verkksam, ha varit vid liv om behandlingen hade erbjudits alla patienter några år tidigare.¹⁰¹

I praktiken ledde bristen på information till att endast ett litet urval av patienter gavs möjlighet att vända sig till det privata alternativet – de sex patienter som hade tillräckliga kunskaper att navigera i det svenska cancervårdsutbudet. Man kan fråga sig vilken patientgrupp som kan tänkas ha dessa ingående kunskaper om svensk sjukvård. När Michael Szeps, den medicinskt ansvarige läkaren vid kliniken, fick just den frågan svarade

han att de patienter som känner till behandlingen tillhör en ”selektion av människor” som är ”vana att leta sig fram i olika sammanhang”.¹⁰² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys drar en liknande slutsats i sin ovan nämnda uppföljning av patientlagens genomslag. Enligt myndigheten finns det en påtaglig risk att ojämlikheten i vården ökar på grund av bristerna i den svenska patientträttsregleringen. När patienters rättigheter i vården inte införs på ett systematiskt och för den enskilde utkrävbart sätt, riskerar vårdssystemet att bli en plats där pålästa och resursstarka patienter har större möjligheter att kräva sin rätt.¹⁰³

99 Trysell (2019).

100 Ibid.

101 Ibid.

102 Ibid.

103 Vårdanalys (2017) s 214 f.

INTERNATIONELL UTBLICK

Hittills har diskussionerna förts inom ramen för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. I detta avsnitt kommer vi att göra en internationell utblick. Hur löser andra länder konflikten mellan en ökad vårdefterfrågan och knappa resurser i den offentliga vården? Finns det några lärdomar att dra som är tillämpbara i Sverige?

Välfärds- och sjukvårdssystemen i Västeuropa delas ofta upp i två grundmodeller: Bismarck- och Beveridge-modellerna. Bismarck-modellen utmärks av att vården finansieras inom ramen för en statligt reglerad försäkring. Kortfattat innebär modellen att alla medborgare, även icke-arbetande, tillhör en kollektivt finansierad kassa eller tecknar en sjukvårdsförsäkring hos ett försäkringsbolag som betalar för medborgarens vårdbehov. Vårdcentraler och sjukhus ägs dock inte av sjukkassor, utan av det offentliga, företag, stiftelser eller personalkooperativ. Primärvården tillhandahålls främst av fristående allmänläkare som ofta arbetar i privata gruppkliniker. Modellen tillämpas bland annat i Tyskland, Österrike, Schweiz, Frankrike, Nederländerna, Belgien och Luxemburg.

Beveridge-modellen utmärks av att vården finansieras med skattemedel. Bland annat Sverige, de övriga nordiska länderna och Storbritannien tillämpar denna modell. Skillnaderna mellan modellerna, som benämns som socialförsäkringsfinansierade respektive skattefinansierade, ska dock inte överdrivas – i alla fall inte ur ett statsfinansierat perspektiv. Båda systemen bygger nämligen på grundpremisen om en kollektivt finansierad vård. Däremot skiljer sig systemen åt i andra avseenden. I en försäkringsfinansierad vårdmodell är pengarna som betalas in till vården öronmärkta för just vård, till skillnad från vad som är fallet i skattefinansierade system där resursfördelningen i större utsträckning blir avhängig av politiska ställningstaganden. Den skillnaden innebär att finansören och utföraren av sjukvård i regel

är densamma i Beveridge-system; till exempel är regionerna i Sverige både finansörer och utförare av vård. Det innebär i sin tur risker för informationsasymmetrier på vårdmarknaden och eventuella intressekonflikter där regionerna verkar för att gynna sig själva snarare än att tappa patienter till privata vårdgivare.

I andra sammanhang har förslag lyfts om att även Sverige bör övergå till ett socialförsäkringsfinansierat sjukvårdssystem.¹⁰⁴ Även om dessa förslag är värda att diskutera, faller den typen av strukturreformer utanför den här rapportens ramar. Utgångspunkten här är i stället att den svenska modellen med skattefinansierad vård bibehålls. Internationella jämförelser, även med länder som har socialförsäkringsbaserade sjukvårdssystem, kan dock tjäna som goda exempel för framtida svenska reformer.

Gränser för det offentliga åtagandet: Nederländerna

Som ovan beskrivits finns sedan slutet av 1990-talet den så kallade etiska plattformen för prioriteringar i svensk sjukvård. En internationell utblick ger vid handen att det svenska sjukvårdssystemet inte är unikt i detta avseende – i princip alla jämförbara sjukvårdssystem innehåller moment som syftar till att avgränsa det kollektivt finansierade vårdutbudet.

Grovt sett kan två kategorier av länder identifieras: länder som tillämpar kriterier för prioritering, och länder som i stället har utvecklat metoder och organ för att avgöra vad som ska ingå i det kollektivt finansierade vårdutbudet. Till den första kategorin hör bland annat Sverige, Norge, Danmark och Nederländerna. Till den andra räknas bland annat Storbritannien, Israel, Nya Zeeland och delstaten Oregon i USA. Det går dock inte att dra någon tydlig gräns mellan kategorierna. Exempelvis lägger det brittiska sjukvårdssystemet stor vikt vid kostnadseffektivitetsa-

104 Se t.ex. Svenonius (2019). Jfr även Timbros rapportserie av Sanandaji & Heller-Sahlgren (2019).

nalyser från National Institute for Health and Clinical Excellence vid beslut om vad som ska ingå i det offentliga vårdutbudet, men tillämpar även andra prioriteringskriterier vid sidan av dessa.¹⁰⁵

År 2007 genomförde Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet en jämförelse mellan principerna för prioriteringar som tillämpas i Norge, Danmark, Finland, Nederländerna, Storbritannien, Kanada, Nya Zeeland och delstaten Oregon i USA. De tre principerna i den svenska etiska plattformen – människovärdes-, behovs/solidaritets- och kostnadseffektivitetsprincipen – förekom i merparten av de jämförda ländernas etiska riktlinjer. Det fanns även stora likheter avseende vad som inte ansågs vara godtagbara prioriteringsprinciper. Med undantag för Oregon innehöll till exempel alla prioriteringsplattformar ställningstaganden om att hög kronologisk ålder i sig inte bör vara en grund för bortprioritering inom vården. Den svenska etiska plattformen skiljer sig dock från samtliga jämförda länder i det att principerna är tydligt rangordnade.¹⁰⁶

Särskilt den nederländska hälso- och sjukvården förtjänar i detta sammanhang att uppmärksammas. Sjukvården i Nederländerna är ett tydligt exempel på Bismarck-modellen, där vården finansieras genom ett socialförsäkringssystem och medborgare åläggs att teckna en försäkring på den privata marknaden. Statliga regleringar säkerställer dels att försäkringsgivarna inte kan neka försäkringstagare eller variera premien efter hälsotillstånd, dels att försäkringen omfattar ett visst antal åtaganden. Därutöver finns möjlighet att teckna en frivillig tilläggsförsäkring för vård som inte omfattas av den obligatoriska försäkringen, det vill säga en komplementär försäkring. Ungefär 84 procent av befolkningen i Nederländerna har tecknat någon form av komplementär tilläggsförsäkring.¹⁰⁷ Försäkringarna tecknas vanligtvis för att täcka bland annat tandvård, glasögon, fysio-

terapi och patientavgifter. Vanligast är att den frivilliga försäkringen tecknas med samma bolag som tillhandahåller den obligatoriska försäkringen.¹⁰⁸

Nederländerna var ett av de första länderna i Europa där diskussionen om prioriteringar inom vården tog fart, påeldad av en ekonomiskt pressad situation i de offentliga finanserna under 1990-talet.¹⁰⁹ År 1992 tillsattes den så kallade Dunningkommittén¹¹⁰ med uppdrag att ta fram riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Kommittén föreslog fyra kriterier som måste vara uppfyllda för att en specifik hälso- och sjukvårdstjänst ska införas i det socialförsäkringsfinansierade vårdutbudet. Tanken var att använda kriterierna som en ”tratt”, där det första kriteriet sätter en bred ram som sedan successivt smalnas ner:

- Vården är nödvändig
- Vården är effektiv
- Vården är kostnadseffektiv
- Vården kan inte klassificeras som ett individuellt ansvar¹¹¹

Särskilt det fjärde kriteriet, den så kallade ansvarsprincipen, är av intresse. Den svenska etiska plattformen innehåller inget kriterium med avseende på egenansvar även om frågan, som kommer att framgå nedan, har varit föremål för diskussion även i Sverige.¹¹² Ett viktigt förtydligande är att Dunningkommitténs princip om individuellt ansvar inte var tänkt att innebära ett finansieringsansvar för självförvällat vårdbehov, till exempel i form av högre kostnader för livsstilsrelaterade sjukdomar. Principen var i stället tänkt att utesluta från det kollektivt finansierade utbudet all vård som lämpligen kan finansieras av individen själv. Exempelvis föreslog Dunningkommittén, med stöd av kriteriet om individuellt ansvar, att tandvård för vuxna skulle utgå ur det offentliga vårdutbudet.¹¹³

105 Sabik & Lie (2008).

106 Melin (2007) s 4. Den praktiska innebörden av detta beskrivs ovan i avsnitt 3.

107 Commonwealth fund (2021).

108 Sanandaji & Heller-Sahlgren (2019) del II s 10 med referenser.

109 Melin (2007) s 17.

110 Ministry of Welfare (1992).

111 Gustavsson & Wiss (2013) s 6.

112 Se nedan under avsnitt 5.

113 Sabik & Lie (2008).

På samma sätt som den svenska etiska plattformen har visat sig svår att implementera,¹¹⁴ har det uppstått problem med att implementera Dunningkommitténs prioriteringskriterier. Trots politiska försök har de aldrig tillämpats fullt ut i den nederländska sjukvården, bland annat på grund av de politiska utmaningar som är förenade med att ta bort sjukvårdstjänster ur det kollektivt finansierade utbudet.¹¹⁵ Kriteriernas betydelse för avgränsningen av det kollektiva åtagandet för vård i Nederländerna ska dock inte förringas. Mellan 1995 och 2000 fattades till exempel beslut om att delvis utesluta sjukgymnastik, tandvård och vissa läkemedel från det offentliga vårdutbudet. I stället överflyttades dessa tjänster till den privata sjukvårdsförsäkringsmarknaden.¹¹⁶ I dag omfattar det nederländska "baspaketet", det vill säga den vård som ingår i den obligatoriska vårdförsäkringen, grundläggande sjukvård och vård som svårigen kan finansieras utan statligt ingripande (exempelvis mödravård och psykiatrisk vård). Däremot har viss sjukvård som lämpar sig för individuellt finansieringsansvar sorterats bort.

Nedan framgår en jämförelse mellan vad som ingår i det nederländska baspaketet och vad som ingår i det svenska offentliga vårdutbudet. (Tabell 1.) Listan är en uppskattning av vad en genomsnittlig region tillhandahåller, men skillnader kan förekomma mellan regioner. Folkhälsa och förebyggande tjänster täcks inte av den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen i Nederländerna, men finansieras genom allmän beskattning och är därmed också en del av det offentliga åtagandet. Den sjukvård som inte ingår i det nederländska baspaketet ingår i regel i den kompletterande, frivilliga sjukvårdsförsäkring som över 80 procent av befolkningen omfattas av. Exempelvis omfattas tandvård, alternativ medicin, sjukgymnastik samt glasögon och linser.¹¹⁷

Enligt statistik från den internationella enkätundersökningen International Health Policy

Survey är det en lägre andel holländare än svenskar som avstår från vård på grund av kostnadsskäl, trots att den nederländska vården alltså har en större betoning på individuellt finansieringsansvar.¹¹⁸ Även om det är svårt att dra några säkra slutsatser om orsakerna till detta bör det även noteras att den nederländska hälso- och sjukvården är mindre kostsam än den svenska. I Nederländerna utgjorde sjukvårdsutgifterna cirka 10 procent av BNP år 2019, att jämföra med Sverige där motsvarande siffra var 10,9 procent.¹¹⁹ Trots att den nederländska prioriteringsmodellen, i likhet med den svenska, inte fullt ut har implementerats finns det enligt vår mening skäl att inspireras av Dunningkommitténs "trattmodell" och ansvarsprincip. Den nederländska hälso- och sjukvården ger en indikation om hur ett tydligare avgränsat offentligt åtagande för sjukvård i kombination med egenansvar kan utformas i Sverige.

Privat vård: Storbritannien

En för denna rapport avgörande fråga är hur vård som faller utanför det offentliga åtagandet hanteras inom sjukvårdssystemet. Även i det avseendet finns anledning att rikta blicken utanför det svenska systemet för att få vägledning för framtida svenska reformer. Eftersom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är ett utpräglat Beveridge-system, med ett stort offentligt åtagande för vård, har vi valt att särskilt lyfta fram hälso- och sjukvårdssystemen i Storbritannien och Danmark. Båda systemen har stora likheter med det svenska, vilket gör jämförelsen och de lärdomar vi kan dra av dessa mer överförbara i en svensk kontext. Båda länderna har sjukvårdssystem som är tydligt utformade enligt Beveridge-modellen, och i båda länderna är det offentliga åtagandet för vård relativt omfattande. Först riktas blicken mot Storbritannien.

Måhända något förvånande har det svenska sjukvårdssystemet mer gemensamt med det brit-

114 Se om detta ovan i avsnitt 2.

115 Sabik & Lie (2008).

116 Ter Meulen & Maarse (2008).

117 Commonwealth fund (2021).

118 Vårdanalys (2021) s 39.

119 OECD:s hälsodatabas.

**Tabell 1. Vård som omfattas
av det offentliga åtagandet i
Nederländerna respektive Sverige**

Källa: Commonwealth fund.

Nederländerna	Sverige
• Vård som tillhandahålls av allmänläkare • Specialistvård • Sjukhusvård • Mödravård • Tandvård upp till 18 års ålder • Receptbelagda mediciner • Sjukgymnastik upp till 18 år • Hemsjukvård • Ett begränsat antal hälsofrämjande program, inklusive de för rökavvänjning och råd om viktkontroll • Grundläggande ambulerande mentalvård för mild till måttlig psykisk störning • Specialiserad öppenvård och slutenvård för komplicerade och allvarliga psykiska störningar	• Folkhälsa och förebyggande tjänster, till exempel stöd till patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor som riskbruk av alkohol och tobaksbruk • Primärvård inklusive mödravård • Specialiserad vård på öppenvård och öppenvård • Akutvård • Receptbelagda läkemedel för öppenvård och öppenvård • Psykisk vård • Rehabiliteringstjänster, inklusive sjukgymnastik • Handikappsupporttjänster, inklusive hållbar medicinsk utrustning som rullstolar och hörapparater • Patienttransporttjänster • Hemsjukvård och långtidsvård, inklusive vårdhem och vård på sjukhus • Tandvård och optometri för barn och ungdomar • Tandvård för vuxna med begränsade subventioner

tiska än med det danska sjukvårdssystemet vad gäller förhållningssättet till privat finansierad vård. Likheter kan delvis förklaras av att det brittiska sjukvårdssystemet historiskt har fungerat som en förebild för många svenska reformer.¹²⁰ Liksom det svenska finansieras det brittiska sjukvårdssystemet framför allt genom skattsedeln och vården tillhandahålls i hög utsträckning av offentliga vårdgivare. Såväl i Sverige som i Storbritannien är den privata konsumtionen av vård relativt begränsad. Som beskrivits ovan utgör den pri-

vata konsumtionen av vård en försvinnande liten andel av de svenska hälso- och sjukvårdsutgifterna (ungefär en procent), och endast sex procent av befolkningen är i dag anslutna till en privat vårdförsäkring. En liknande bild kan tecknas av det brittiska systemet, där uppskattningsvis 10,5 procent av befolkningen hade en privat sjukvårdsförsäkring år 2015.¹²¹ I båda länderna är de flesta privata sjukvårdsförsäkringarna supplementära, det vill säga försäkringar som inte tillför något till det offentliga vårdutbudet förutom snabbare tillgång

¹²⁰ Garpenby (1991) s 13.

¹²¹ Commonwealth fund (2021).

och bättre valmöjligheter mellan vårdgivare.¹²² En förklaring till den begränsade förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar i allmänhet, och kompletterande sjukvårdsförsäkringar i synnerhet, är sannolikt att båda länderna har ett omfattande offentligt åtagande för sjukvård.

Med tanke på likheterna mellan systemen är det inte förvånande att det även i den brittiska hälso- och sjukvårdsdebatten har uppkommit krav på högre grad av medfinansiering i den offentliga vården. Redan år 2009, det vill säga flera år innan det att Statens medicinsk-etiska råd uppmärksammade frågan i Sverige,¹²³ antog National Health Service (NHS) en policy med vägledning för patienter som önskar betala för privat vård inom ramen för NHS.¹²⁴ Av policyn följer att patienter får betala för ytterligare (privat) vård i samband med en NHS-behandling, så länge vården kan utföras separat från NHS-vården. I praktiken innebär policyn ett förbud mot medfinansiering (*co-funding*) i den offentliga sjukvården. Kravet på att behandlingarna ska vara separata innebär till exempel att kataraktoperationer med tillägg (och privat finansiering) av multifokala linser inte är tillåtna.¹²⁵ I detta avseende går det brittiska förbudet mot medfinansiering längre än det svenska; som framgår ovan finns det exempel på svenska regioner som erbjuder medfinansierade kataraktoperationer.

Trots den restriktiva inställningen till medfinansiering i vården har det brittiska systemet emellertid en del att lära det svenska på detta område. Av intresse är till exempel att det i skrivande stund ligger ett lagförslag i det brittiska parlamentet som syftar till att riva upp förbudet mot medfinansiering i NHS.¹²⁶ Förslaget, som är en *Private Member's Bill* (att jämföra med en motion i riksdagen) kommer sannolikt inte att förverkligas, men kan tjäna som en katalysator för en diskussion om omfattningen av det offentliga åtagandet och självbestämmanderätten inom vården. En dis-

kussion som antagligen kommer att få betydelse även för den svenska hälso- och sjukvårdspolitik, som alltså ofta inspirerats av den brittiska.

Det brittiska sjukvårdssystemet har även en för frågan om privat vård mycket viktig informationsreglering. Som beskrivits ovan är ett problem i den svenska sjukvården att patienter som träffas av begränsningar av det offentliga vårdutbudet inte har en lagstadgad rätt att informeras om möjligheterna till privata vårdalternativ. Detta innebär i praktiken att behandlingar som av olika skäl inte tillhandahålls av det offentliga (exempelvis på grund av bristande kostnadseffektivitet¹²⁷ eller långsamma handläggningstider för godkännande av läkemedel) reserveras för patienter som själva kan informera sig om andra behandlingsmöjligheter. På denna punkt skiljer sig den brittiska regleringen avsevärt från den svenska. Av General Medical Councils etiska riktlinjer för läkare framgår att läkaren är skyldig att ge patienten information om ”alla behandlingar som du tror har större potentiell fördel för patienten *än de du eller din organisation kan erbjuda*” (egen översättning, egen kursivering).¹²⁸ Med andra ord innehåller den brittiska regleringen ett starkare skydd för patientens informations- och självbestämmanderätt, något som kan antas vara av stor betydelse för tillgången till privata vårdalternativ. Att den svenska regleringen är tyst på denna punkt manar till eftertanke om det svenska patienträttighets-skyddets utformning.

Sammantaget kan slutsatsen dras att det brittiska sjukvårdssystemet är mycket likt det svenska, även om röster på senare tid har höjts för att förändra de brittiska reglerna om medfinansiering i vården. Däremot skiljer sig systemen åt när det kommer till skyddet för patientens informationsrätt, där den brittiska patienträttsregleringen är väsentligt starkare. Det brittiska systemet erbjuder emellertid ingen inspiration för mer genomgripande förändringar av det svenska sjukvårdssys-

¹²² Ibid.

¹²³ Smer (2014).

¹²⁴ Department of Health (2009).

¹²⁵ Jfr Telford and Wrekin Clinical Commissioning Group (2019), West Essex Clinical Commissioning Group (2020).

¹²⁶ National Health Service (Co-Funding and Co-Payment) Bill (2019).

¹²⁷ Om kostnadseffektivitet se ovan avsnitt 3.

¹²⁸ Guidance on professional standards and ethics for doctors. Decision making and consent p. 13 h.

temet. För sådan inspiration bör blicken i stället riktas mot vårt nordiska grannland Danmark.

Privat vård: Danmark

När det kommer till privat finansiering av vård skiljer sig det danska sjukvårdssystemet från såväl det svenska som det brittiska. Även det danska sjukvårdssystemet är ett tydligt exempel på ett Beveridge-system. Privata sjukvårdsförsäkringar är dock betydligt vanligare i Danmark än i Sverige och Storbritannien. Mer än två femtedelar av den danska befolkningen (42 procent) har tecknat en kompletterande privat sjukvårdsförsäkring, och 30 procent av befolkningen har tecknat en supplementär försäkring.¹²⁹

Bakom den relativt omfattande förekomsten av komplementära sjukvårdsförsäkringar ligger framför allt två faktorer: en koncentration av patientavgifter för vissa hälso- och sjukvårdstjänster och en historisk tradition av privata kooperativa finansieringsupplägg i vården.¹³⁰ Till skillnad från vad som är fallet i andra nordiska länder tillämpas patientavgifter inte i den danska primärvården. I stället tas kännbara avgifter ut för tandvård, läkemedel och olika hjälptjänster såsom sjukgymnastik och psykologi. De komplementära sjukvårdsförsäkringarna behövs med andra ord som en försäkring för att täcka de höga avgifterna inom dessa delar av vården. Avgifterna går också hand i hand med den historiska kontext som ligger till grund för det stora antalet komplementära försäkringar. Merparten av sjukvårdsförsäkringarna erbjuds nämligen av föreningen Sygeforsikringen danmark, en förening som skapades på 1970-talet i syfte att ge just ett försäkringsskydd för avgifterna i den offentliga vården. Det är dock inte bara förekomsten av avgifter i vården som ligger bakom utvecklingen. Tynkkynen m.fl. (2018) menar att upplevda och faktiska brister i det offentliga vårdutbudet är en viktig förklaring till de komplementära försäkringarnas framväxt.¹³¹

Över tid har de kompletterande försäkringarna i Danmark kommit att omfatta fler vårdalternativ som går utöver det offentliga vårdutbudet. I dag erbjuds fyra olika försäkringspaket av Sygeforsikringen danmark, som i olika grad täcker såväl patientavgifter i den offentliga vården som kompletterande sjukvård som inte erbjuds av det offentliga. Nedan framgår en sammanställning av vad dessa försäkringspaket erbjuder år 2021. Grupp 5, det billigaste alternativet, är främst riktad till unga personer och är den mest tecknade försäkringen. Grupp 2, det mest omfattande alternativet, är utformad för personer som väljer att betala en högre premie i utbyte mot ett mer omfattande vårdutbud och högre täckning för offentliga avgifter.¹³² Det finns ingen reglering som förhindrar att försäkringsgivaren nekar vissa patienter avtal.¹³³ För att kunna teckna försäkring hos Sygeforsikringen danmark måste patienten uppfylla ett antal krav: bland annat att patienten inte har fyllt 60, vid antagningstillfället inte lider av någon kronisk sjukdom samt inte har konsumerat receptbelagda läkemedel de senaste 12 månaderna.¹³⁴ En redan tecknad försäkring kan dock inte upphöra. Med andra ord finns det inga hinder mot att personer över 60 år utnyttjar en redan tecknad försäkring. Genom basförsäkringen kan patienter dessutom betala en låg premie för att senare kunna växla till någon av de andra försäkringspaketen utan att behöva kvalificera sig för medlemskap.

Den danska modellen för kompletterande försäkringar är av allt att döma välfungerande. Modellen som utformats av Sygeforsikringen danmark innebär att unga kan teckna medlemskap mot en låg inträdeskostnad när vårdbehovet bedöms vara lågt, för att därefter ”växla upp” medlemskapet vid behov senare i livet. På så sätt skapas ett privat finansierat vårdutbud med skyddsmekanismer och omfördelning till behövande, samtidigt som friskare patienter kan välja

129 Commonwealth fund (2021).

130 Tynkkynen m.fl. (2018) s 487 ff.

131 Ibid.

132 Vrangbæk (2016) s 40.

133 Ibid s 41.

134 För en fullständig förteckning av medlemskraven se <https://www.sygeforsikring.dk/indmeldelse/helbredets-og-alderskrav> (tillgänglig: 2021-02-23).

att betala en lägre premie i utbyte mot en högre självrisk.

Det bör påpekas att den danska modellen har vissa säregna drag som kan vara svåra att replikera, inte minst ett bolag i stil med Sygeforsikringen danmark som skapades i anslutning till sjukvårds-politiska reformer under 1970-talet. Likväl finns mycket att lära av det framgångsrika danska exemplet. Danmark har i dag lägre sjukvårdsutgifter som andel av BNP (år 2019 var andelen 10 i Danmark jämfört med 10,9 i Sverige). Därtill finns det inget som tyder på att tillgången till vård är mer ojämnt fördelad i Danmark på grund av den delvis försäkringsbaserade modellen. Tvärtom är den självskattade hälsan högre bland socioekonomiskt svagare grupper i Danmark jämfört med i Sverige. Bland danska låginkomsttagare uppgav 65,6 procent att de hade en mycket god hälsa år 2018, vilket är 0,8 procentenheter högre än andelen som uppgav samma sak i Sverige (64,4). Skillnaden i upplevd hälsa mellan låg- och högutbildade är därtill lägre i Danmark än i Sverige. I Danmark uppgav enligt 2018 års statistik 11,9 procentenheter färre i gruppen med kortast utbildning att de hade mycket god hälsa jämfört med gruppen med längst utbildning. I Sverige var motsvarande skillnad mellan grupperna med kortast och längst utbildning 14,5 procentenheter.¹³⁵

135 OECD:s hälsodatabas (2021).

**Tabell 2. Försäkringar hos
Sygeförsäkringen Danmark**

Källa: <https://www.sygeforsikring.dk/health-insurance>.

Basförsäkringen Premie 396 DKK (535 SEK) per år Försäkringen är designad för människor utan nuvarande behov av skydd. Den täcker inte kostnader men tillåter medlemmar att byta till valfri försäkringsgrupp vid behov utan att behöva kvalificera för medlemskap.	Grupp 2 Premie 4 288 DKK (5 792 SEK) per år Som grupp 5 med tillägg: • Mer omfattande tandvård, t.ex. tandprotetik • Läkemedel, 100 % av kostnaderna • Operationer utan begränsningar • Fotbehandling • Skötsel av döda i hemmet • Begravningshjälp • Tillgång till allmänpraktiserande läkare • Laboratorieundersökningar • Tillgång till specialister
Grupp 5 Premie 1 520 DKK (2 053 SEK) per år • Vanlig tandvård • Barntandvård • Läkemedel, 50 % av kostnaderna vid offentligt ordinerade läkemedel och 25 % för övrig medicin • Glasögon • Kontaktlinser • Fysioterapi • Kiropraktik • Osteopati • Psykologhjälp • Vaccination • Akupunktur • Zonterapi • Barnmorska • Bröstpump • Kliniska dietister • Fotisättning • Hörapparat • Operationer, med vissa begränsningar, t.ex. endast ersättning upp till 85 % av de faktiska kostnaderna	Grupp 1 Premie 3 452 DKK (4 663 SEK) per år Som grupp 5 med tillägg: • Mer omfattande tandvård, t.ex. tandprotetik • Läkemedel, 100 % av kostnaderna vid offentligt ordinerade läkemedel och 50 % för övriga • Operationer utan begränsningar • Fotbehandling • Skötsel av döda i hemmet • Begravningshjälp

ÖKAT EGENANSVAR: HUR SKA DET GÅ TILL?

Gemensamt för sjukvårdssystemen i Danmark och Nederländerna är att de tillämpar en högre grad av egenfinansiering än vad som är fallet i det svenska sjukvårdssystemet. I Nederländerna utgör det egna ansvaret för att finansiera vård en integrerad del av sjukvårdens prioriteringar genom Dunningkommitténs trattmodell och ansvarsprincip. I Danmark har patientavgifter i kombination med ett avgränsat offentligt åtagande för vård skapat förutsättningar för en välfungerande privat vård-försäkringsmarknad. Men hur går man egentligen tillväga för att avgöra vilka delar av vården som lämpar sig för eget finansieringsansvar? Är vård som vilken vara som helst och därmed lämpad för mer marknadslika villkor? I detta avsnitt undersöker vi vården ur ett nationalekonomiskt perspektiv, för att utröna vilka principer som ett ökat privat finansieringsansvar för vård kan bygga på.

Ansvar för vård eller ansvar för hälsa?

Principen om egenansvar bygger på idén att patienter är kapabla att fatta egna beslut om sin vård samt ta konsekvenserna av dessa beslut. Principiellt kan man göra en distinktion mellan två olika former av egenansvar: det egna ansvaret för vård och det egna ansvaret för hälsa. Skillnaderna kan framstå som semantiska, men har avgörande betydelse i praktiken.

Egenansvar för vård innebär att individen själv har ett ansvar för att söka vård, och åläggs ett finansieringsansvar för vissa vårdåtgärder. Med egenansvar för hälsa avses att individen har ett ansvar för att bevara eller förbättra den egna hälsan. Inom hälsoetiken har en ansvarsprincip baserat på ansvar för hälsa varit föremål för diskussion i många år. Prioriteringscentrum föreslog till exempel redan år 2007 att en princip om egenansvar för hälsa borde införas i den etiska plattformen.¹³⁶

Grunden för tillämpning av en sådan princip är rättviseskäl: individer som inte tagit ansvar för sin hälsa, eller till och med medvetet riskerat den, bör prioriteras lägre än personer som tagit ansvar för sin hälsa. Principen skulle, enligt det förslag som Prioriteringscentrum lade fram, inte tillämpas villkorslöst. Förutsättningarna för att tillämpa principen skulle vara att (1) en rangordning är nödvändig, (2) ett tillräckligt klart kausalt samband mellan patientens beteende och hälsotillståndet kan fastställas, (3) beteendet var medvetet och frivilligt, (4) risktagandet var onödigt, och (5) principen ska inte tillämpas retroaktivt.¹³⁷

Det finns enligt vår mening flera skäl att vara skeptisk till en princip om ansvar för hälsa, även om den skulle tillämpas med beaktande av de ovan angivna villkoren. Prioriteringsutredningen, som utarbetade den etiska plattformen, tog kategoriskt avstånd från tillämpningen av en ansvarsprincip för hälsa av flera skäl. För det första förutsätter principen en i det närmaste obefintlig kunskapsutveckling inom vården. Kunskapen om vad som orsakar sjukdom ökar ständigt, vilket innebär att det kan vara omöjligt att på förhand veta om ett visst beteende är skadligt eller inte. För det andra är det ofta svårt att särskilja orsaker som bottnar i livsstil från orsaker som följer av ärftliga faktorer. För det tredje förvärras skadliga beteenden i regel tidigt i livet, och för det fjärde riskerar avgränsningen av vad som utgör en skadlig livsstil och självförvårdad ohälsa å ena sidan och ett hälsosamt leverne å andra sidan att bli godtycklig.¹³⁸ Utöver de invändningar som anfördes i Prioriteringsutredningen finns det ytterligare anledningar som talar emot en ansvarsprincip baserat på ansvaret för hälsa. Det finns goda skäl att anta att sociala faktorer i stor utsträckning styr livsval som påverkar hälsa. En ansvarsprincip baserat på ansvaret för den egna hälsan riskerar därmed att ge socioekonomisk bakgrund ett stort genomslag i en patients

¹³⁶ Prioriteringscentrum (2007) s 136.

¹³⁷ Ibid s 137 f.

¹³⁸ SOU 1995:5 s 24.

möjligheter till behandling i vården, vilket av flera skäl får betraktas som olämpligt.¹³⁹ I den fortsatta diskussionen kommer därför endast egenansvar för vård att diskuteras.

Är hälsa vilken vara som helst?

Inom nationalekonomin har det länge funnits en idé att sjukvården är väsensskild från andra sektorer, så kallad health care exceptionalism. I en mycket inflytelserik artikel från 1963 underströk Kenneth Arrow, som fick Riksbankens ekonomipris till Alfred Nobels minne 1972, att sjukvård präglas av informationsasymmetrier och därför inte fungerar som vanliga marknader.¹⁴⁰ Att patienter inte har tillgång till fullständig information om behandlingar sägs enligt sådana teorier förhindra att konkurrens driver kvalitet i vården.

Vård är dock långtifrån en homogen ”vara”, utan ett samlingsbegrepp för en rad olika tjänster, läkemedel och behandlingar. Som exempel kan nämnas att det i Sverige finns en välfungerande privatfinansierad marknad för enklare smärtstillande läkemedel, medan det knappt finns någon privatfinansierad marknad för primärvårdstjänster.

Likväl finns det vissa mer generella egenskaper som utmärker marknaden för vård och vårdtjänster och som motiverar vissa statliga ingripanden. Jeremiah Hurley, professor i nationalekonomi, har sammanfattat fyra egenskaper som särskilt utmärker vårdmarknaden: (1) efterfrågan på vård är ett uttryck för en efterfrågan på hälsa, (2) förekomsten av positiva externaliteter (3) förekomsten av informationsasymmetrier och (4) osäkerhet med avseende på behovet och effektiviteten i vården.¹⁴¹ Sammantaget motiverar dessa fyra egenskaper hos sjukvården statliga ingripanden för att subventionera viss vård. Till exempel kan nyttan för en enskild person att vaccinera sig mot en smittsam sjukdom understiga samhällets vinst

av att så många som möjligt gör det, varför det är motiverat att vaccinationerna är avgiftsfria.

Samtidigt är det viktigt att påpeka att ingen av de ovan nämnda egenskaperna i sig är unika för vårdmarknaden. Tvärtom återfinns många av dessa även på andra håll, till exempel förekomsten av informationsasymmetrier. Det som dock utmärker vården är att samtliga fyra egenskaper existerar samtidigt på samma marknad.¹⁴²

Detta innebär dock inte att all sjukvård bör vara helt offentligt subventionerad eller att konkurrens inte kan främja kvalitet. För att ett offentligt tjänstemonopol ska vara motiverat behöver fyra kriterier vara uppfyllda: (1) möjligheterna att minska kostnaderna genom att dra ner på icke-kontrakterbar kvalitet är stora, (2) innovationer spelar en begränsad roll (3) konkurrensen är svag, och (4) utförares rykte spelar liten roll.¹⁴³ Det är få delar av vården, eller av välfärden generellt, som uppfyller alla dessa kriterier.

Här bör det även noteras att senare års forskning i viss utsträckning har rört sig i en riktning från de teoretiskt betonade resonemangen som legat till grund för idén om health care exceptionalism. Bland annat visade tre amerikanska forskare i en empirisk studie år 2016 att amerikanska sjukhus med hög vårdkvalitet har högre och växande marknadsandelar, samt att detta till stor del kan förklaras av patienternas val. Dessa resultat motsäger den teoretiska forskningen om vårdens särställning som vara. Tvärtom indikerar det att patienter kan värdera kvalitet hos vårdgivare som vore de kunder på vilken annan marknad som helst.¹⁴⁴ Sannolikt kommer det, i takt med att det empiriska kunskapsunderlaget växer, att vara nödvändigt att nyansera de teoretiska modeller som hittills använts som måttstockar inom hälsoekonomin. För närvarande ter sig kunskapsunderlaget emellertid för tunt för att med säkerhet kunna dra några slutsatser.¹⁴⁵

139 Se Carlsson & Tinghög (2013) s 18 med referenser.

140 Arrow (1963).

141 Hurley (2000) s 67 ff.

142 Ibid s 67.

143 Shleifer (1998).

144 Chandra m.fl. (2016).

145 Se även Jordahl (2017).

Marknaden för sjukvårdsförsäkringar

Utifrån de egenskaper som utmärker sjukvården går det också att dra lärdomar för hur en marknad för sjukvårdsförsäkringar bör utformas, vare sig den är tänkt som basen för eller som ett komplement till ett skattefinansierat sjukvårdssystem.

Efterfrågan på sjukvård kommer av naturliga skäl att vara mer oregelbunden och oförutsägbar än efterfrågan på exempelvis mat eller kläder. Bortsett från preventiv vård såsom hälsoundersökningar är det svårt för en individ att veta exakt när man kommer att behöva söka vård. Men även om det är svårt att förutsäga vårdbehovet för en enskild person går det att göra med större säkerhet på befolkningsnivå. Genom att poola samman många individer möjliggörs därför en vårdförsäkringsmarknad.

På grund av informationsasymmetrier mellan försäkringstagaren och försäkringsgivaren finns det dock risk för marknadsmisslyckanden på en sådan marknad. Den första risken beskrivs inom nationalekonomin med begreppet riskselektion. Eftersom försäkringstagaren har mer information om sin riskstatus än försäkringsgivaren har, finns det en risk att försäkringsgivaren inte kan skilja mellan hög- och lågriskindivider. Detta gör att försäkringsgivaren måste basera premien på en riskpool som omfattar både hög- och lågriskindivider. Lågriskindivider, vars premie därmed inte återspeglar deras riskstatus, får därför incitament att lämna försäkringen, vilket höjer riskstatusen i poolen av försäkringstagare som helhet. Till slut kan försäkringsgivaren stå med uteslutande högriskindivider och premieintäkter som inte motsvarar poolens risker.¹⁴⁶

Om försäkringsgivaren å andra sidan har mer information om en försäkringstagares riskstatus än försäkringstagaren själv uppstår ett annat problem, i nationalekonomiska termer kallat cream skimming. Ett försäkringsbolag som målmedvetet väljer försäkringstagare med låg riskstatus har i regel större vinstmöjligheter, eftersom de förväntade försäkringsutgifterna är lägre än premien.

Cream skimming kan göras på olika sätt, bland annat genom att försäkringen erbjuds i miljöer som domineras av lågriskindivider eller genom att neka högriskindivider att teckna försäkringar.

Såväl förekomsten av riskselektion som cream skimming på sjukvårdsförsäkringsmarknader brukar motverkas genom statliga regleringar. Riskselektion undviks genom en rad regleringar, inte minst straffrättsliga, som förenar örlighet mot försäkringsbolag med kännbara påföljder och sanktioner. Ett annat alternativ är att låta riskbedömningen falla på patienterna själva genom att erbjuda lägre premier för högre självrisk och vice versa, vilket görs i bland annat Schweiz.¹⁴⁷ Förekomsten av cream skimming begränsas ofta av regleringar som förhindrar riskbaserade medlemskapsregler eller genom att utveckla riskjusterade premier.¹⁴⁸ En annan förutsättning för en väl fungerande vårdförsäkringsmarknad är att villkoren för försäkringarna är tydliga och transparenta. Som nämnts tidigare finns det tecken på att detta inte är fallet i dag, och att det behövs tydligare regleringar för att stärka konsumentskyddet på vårdförsäkringsmarknaden.¹⁴⁹

Vilken vård lämpar sig för egenansvar?

Givet de ovan beskrivna egenskaperna som utmärker värden som vara är det viktigt att ansvaret för finansiering av vård överlämnas till enskilda på ett sätt som förhindrar förekomsten av marknadsmisslyckanden. Frågan om hur gränserna för ett egenansvar för vård bör utformas i svensk sjukvård har varit föremål för ett fåtal studier. I detta avsnitt återges översiktligt innehållet i dessa undersökningar samt de kriterier som enligt respektive undersökning bör vara uppfyllda för att en viss vårdinsats ska lämpa sig för egenansvar.

Prioriteringscentrum undersökte i den ovan nämnda studien från 2007, Vårdens alltför svåra val, möjligheterna att införa en princip om egenansvar för vård i den svenska etiska plattformen.

146 Hurley (2000) s 80 ff.

147 Riddarsparre (2020).

148 Hurley (2000) s 80 ff.

149 Se t.ex. Konsumentverket (2010) och Kjölter (2019).

men.¹⁵⁰ Principen kan enligt studien aktualiseras vid olika former av ransoneringar, och innebär att individen själv får bekosta vissa typer av vård, antingen i den privata eller i den offentliga vården. Följande kriterier bör enligt studien vara uppfyllda för att det ska vara lämpligt att ge individen ett eget finansieringsansvar för en vårdinsats:

- Individen har förmåga att utöva ansvaret (tillräcklig grad av autonomi).
- Individen har information eller kan tillägna sig information om åtgärdens egenskaper (till exempel förmåga att värdera nytta och risker).
- Liten risk för allvarliga biverkningar för både individen och för andra personer. Det senare innebär till exempel att närstående inte bör belastas på så sätt att de riskerar sin hälsa eller livskvalitet.
- Kostnaderna är överkomliga för de allra flesta i målgruppen.¹⁵¹

År 2013 följdes Prioriteringscentrums studie upp av forskarna Per Carlsson och Gustav Tinghög, båda verksamma vid Prioriteringscentrum. I rapporten *Läkemedel – när är det rimligt att betala själv?* för Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS) presenterade Carlsson och Tinghög ett ramverk för egenansvar för finansiering av vård bestående av sex kriterier:

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.
2. Individuell autonomi. Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör främst utnyttjas av individer som kan betecknas som autonoma och reflekterande i sitt beslutsfattande.
3. Externa effekter. Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör ge små positiva externa effekter.

4. Överkomligt pris. Kostnaden för den aktuella vårdinsatsen/produkten bör vara överkomlig för de flesta som har behov av den.
5. Tillräcklig efterfrågan. Efterfrågan på den aktuella vårdinsatsen/produkten bör vara tillräckligt omfattande och regelbunden för att en privat marknad ska kunna uppstå.
6. Livsstilsförbättringar. Vårdinsatser/produkter som syftar till att förbättra prestationer, funktion eller utseende, utöver vad som anses normalt snarare än medicinskt nödvändigt, är mer lämpade för privat finansiering.¹⁵²

I rapporten undersöker Carlsson och Tinghög hur regelverket kan tillämpas på åtta olika läkemedel. Kriterierna preciseras i tre skalor för att möjliggöra en poängsättning av olika läkemedel. Om alla kriterier är uppfyllda kan totalt 18 poäng erhållas och läkemedlet bedöms som lämpligt för eget finansieringsansvar. Ett läkemedel som inte uppfyller något av kriterierna, och alltså inte lämpar sig för egenansvar, kan som minst erhålla sex poäng.

En av de övergripande slutsatserna i rapporten är att ramverket i viss utsträckning stämmer överens med nuvarande prioriteringar i den offentliga vården. Samtliga fyra läkemedel som, enligt en poängsättning utifrån ramverket, lämpar sig sämst för privat finansiering (13 poäng eller färre) är i dag föremål för offentlig finansiering. Dessa fyra läkemedel var vaccination för HPV (13 poäng), receptbelagda läkemedel för rökavvänjning (12 poäng), speciallivsmedel för ämnesomsättningssjukdomen PKU (10 poäng) och läkemedel vid avancerad cancer (9 poäng). Samtidigt konstateras det att vissa läkemedel, som utifrån ramverket lämpar sig väl för egenfinansiering, i dag är föremål för full offentlig finansiering. Ett sådant exempel är behandling av måttligt förhöjda blodfetter med statiner (16 poäng), som det i dag inte finns någon privat marknad för. Enligt Carlsson och Tinghög skulle detta läkemedel lämpa sig

150 Prioriteringscentrum (2007) s 133 ff.

151 Ibid s 135.

152 Carlsson & Tinghög (2013).

väl för egenfinansiering, åtminstone för patienter med låg risk.

En annan slutsats i rapporten är att mycket dyra läkemedel, som inte tillhandahålls i det offentliga vårdutbudet på grund av bristande kostnadseffektivitet, av samma skäl inte heller lämpar sig för egenansvar. En lösning på detta dilemma är enligt Carlsson och Tinghög att låta regionerna betala för sådana läkemedel upp till den nivå där dessa inte längre bedöms vara kostnadseffektiva, och därefter låta patienten själv finansiera läkemedlet.¹⁵³

Anders Anell har i sin ovan nämnda studie (*Vilken ojämlikhet är mest rättvis? Patientinflytande och egenavgifter i svensk vård*) gjort ytterligare preciseringar av vilka kriterier som bör gälla för egenansvar för vård.¹⁵⁴ I studien argumenterar Anell för att patientinflytande av rättviseskäl måste kombineras med ökade möjligheter till egenfinansiering, eftersom risken annars är att graden av medbestämmande i vården blir avhängig av godtyckliga faktorer såsom enskilda beslutsfattares välvillighet eller patientens sociala status. Anell förespråkar en ordning där patienten informeras om begränsningarna i det offentliga vårdutbudet och erbjuds valet att mot betalning erhålla det önskade vårdalternativet. På denna punkt skiljer sig Anells undersökning från Carlsson och Tinghögs. De senare undersöker främst möjligheterna och lämpligheten i att överlämna finansieringsansvaret för viss vård till den privata marknaden, men sätter inte egenfinansiering i relation till patientinflytande. Mot bakgrund av den annorlunda utgångspunkten drar Anell en annan slutsats angående vilka kriterier som bör vara uppfyllda för att egenfinansiering av vård ska vara lämplig. Anell ställer upp följande kriterier:

1. Patientens individuella autonomi – patienten måste vara i stånd att fatta rationella och välmotiverade beslut, vilket bland annat utesluter patienter som är svårt sjuka eller lider av en kognitiv nedsättning.
2. Påtagliga externa effekter – vård med tydliga positiva externa effekter, exempelvis vaccinationer mot smittsamma sjukdomar, bör finansieras offentligt. Inte heller negativa externa effekter bör tillåtas. Exempelvis bör patienter inte få betala för ett eget rum eller längre vårdtid om det ger upphov till undanträngningseffekter på andra ställen i den offentliga vården.
3. Vårdens effekt – behandlingar av akuta eller livshotande åkommor bör inte vara föremål för egenfinansiering. Däremot lämpar sig vård som syftar till att förbättra livskvalitet eller funktionsförmåga bland de som redan har god hälsa för egenfinansiering.¹⁵⁵

Kriterierna tillräcklig kunskap, överkomligt pris och tillräcklig efterfrågan – som ingår i Carlssons och Tinghögs ramverk – håller Anell inte för nödvändiga.

Vid en sammantagen bedömning av dessa studier kan följande slutsatser dras. Gemensamt för studierna är att samtliga understryker patientens autonomi som ett grundläggande kriterium för egenfinansieringsansvar. Till exempel är det i alla lägen olämpligt – för att inte säga omöjligt – för en patient att fatta ett beslut om vilken akut-sjukvård denne är villig att betala för, eller för en mentalsjuk patient att fatta beslut om vilken slutenvårdsanläggning som denne föredrar. Däremot är det rimligt att tänka sig att en patient kan fatta ett välinformerat beslut om exempelvis vilket preventivmedel som denne föredrar samt vilket pris denne är beredd att betala för detta. Endast när patienten har en reell möjlighet att fatta ett informerat beslut bör egenfinansiering övervägas.

En annan gemensam nämnare är förekomsten av externa effekter. Om en behandling ger tydligt positiva externa effekter (typexemplet här är vaccinationer mot smittsamma sjukdomar) bör den inte vara föremål för egenfinansiering utan finansieras offentligt. Inte heller negativa externa effekter bör tolereras som en följd av egenfinan-

153 Carlsson & Tinghög (2013) 58 ff.

154 Anell (2014).

155 Ibid s 77 ff.

siering. Anell menar med hänvisning till detta att det på ett generellt plan är mer lämpligt att tillåta egenfinansiering vid val av produkter (implantat, hjälpmedel, läkemedel och liknande) än vid val av vårdtjänster som ställer krav på personal och utnyttjande av sjukvårdsutrustning.¹⁵⁶

Överensstämmelse råder även om att vård som är av livsstilsförbättrande karaktär lämpar sig bättre för egenfinansiering än vård som är av akut- eller livsnödvändig karaktär. Detta kriterium bör dock även kunna ses som en del av autonomikriteriet: en patient som är i behov av akutvård kan knappast betraktas som autonom och kapabel att fatta välinformerade beslut.

På två punkter skiljer sig studierna åt. Anell menar, till skillnad från såväl Carlsson och Tinghög som den tidigare studien från Prioriteringscentrum, att kriterierna överkomligt pris och tillräcklig kunskap inte är nödvändiga. Dessa kriterier utgör enligt Anell hinder mot att tillämpa egenfinansiering som ett komplement till det offentligt finansierade vårdutbudet och bör därför inte krävas.

Enligt vår bedömning har Anell goda grunder för denna slutsats. Att ha tillräcklig kunskap om möjliga behandlingar är viktigt, men att kräva det i varje givet läge bortser från vilken typ av val patienter kan ställas inför. När en patient får en diagnos och ställs inför ett val mellan olika behandlingsalternativ framstår patientens preferenser när det gäller till exempel risken för biverkningar som mer relevant än patientens förmåga att värdera behandlingarna i strikt medicinsk mening. Det är just denna princip – patientens självbestämmanderätt inom ramen för beprövade behandlingsalternativ – som patientinflytande värnar. Vi menar att principen om patientinflytande undergrävs om den inte gäller även om det innebär att patienten får betala själv för den valda vården.

Att kräva att priset ska vara överkomligt för alla inskränker också patientens självbestämmande. Det patienten får tillgång till genom egen-

finansiering är sådan vård som regionen prioriterat bort. Att endast vissa patienter har möjlighet att betala för den aktuella vården utgör inte ett giltigt argument för att förvägra dessa möjligheten att betala för ett annat vårdalternativ. Detta så mycket mindre om förbudet mot medfinansiering rivs upp, och möjlighet öppnas för att regioner medfinansierar behandlingar till den punkt de inte längre bedöms kostnadseffektiva. På så sätt skulle fler patienter ges tillgång till dyra behandlingar som i dag inte tillhandahålls i det offentliga vårdutbudet. Det är också värt att notera att, som Anders Anell skriver, ”det som är avancerat och dyrt idag kommer bli allas tillgång imorgon”. Det finns med andra ord ett värde i att några går före och efterfrågar exempelvis de senaste hörapparaterna för att kvaliteten ska bli bättre och priserna sjunka över tid.¹⁵⁷ De områden inom vården som undvikits den ovan nämnda Baumols sjuka – där tekniken utvecklats och kostnaderna sjunkit under de senaste tre decennierna – är också sådana som präglas tydligt av marknadskonkurrens: provrörsbefruktning, plastikkirurgi och ögonoperationer med laserkirurgi.¹⁵⁸ Även om den utvecklingen inte har varit perfekt utgör dessa exempel ändå ett starkt argument för att öppna upp för mer egenfinansiering av vård som uppfyller Anells kriterier.

156 Anell (2014) s 80 f.

157 Anell (2014) s 80 f.

158 Svensson (2020).

REFORMFÖRSLAG

Modernisera den etiska plattformen

Den etiska plattformen antogs av riksdagen år 1997 efter flera års arbete i den så kallade Prioriteringsutredningen. Syftet med plattformen var att regioner skulle börja redovisa sina prioriteringar öppet för medborgarna. I dag – över 20 år senare – kan det konstateras att såväl plattformen som implementeringen av denna lämnar en del i övrigt att önska. Enligt en fallstudie som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys nyligen genomförde av hur den etiska plattformen har implementerats i fem regioner är plattformen både svår att tillämpa och omodern.

Mycket har hänt i svensk sjukvård, inte minst på det medicinsk-tekniska området, sedan plattformen infördes. Därför behöver den etiska plattformen ses över och moderniseras. Det behövs en ny utredning för att ta fram en uppdaterad etisk plattform för prioriteringar inom vården. Plattformens principer bör även konkretiseras i syfte att göra den mer tillämpbar i den faktiska verksamheten. En sådan utredning bör också ges i uppdrag att se över huruvida ändringar i hälso- och sjukvårdens organisation bör göras för att möjliggöra en reell tillämpning av plattformens principer om öppna prioriteringar.

Inför en ansvarsprincip i den etiska plattformen

Erfarenheterna från bland annat Nederländerna och Dunningkommittén visar att en ansvarsprincip kan fungera som ett verktyg för att avgränsa det offentliga åtagandet för vård och på så sätt kontrollera de offentliga utgifterna. En ansvarsprincip i svensk rätt bör inte ta sikte på ansvar för hälsa, vilket till exempel skulle kunna innebära ett större enskilt finansieringsansvar för livsstilsrelaterade åkommor, utan på ansvar för vård.¹⁵⁹ Det är viktigt att en utökning av det egna finansieringsansvaret i vården sker på ett sätt som inte ger upphov till oskäligen konsekvenser för enskilda. Anders Anell

med flera ger i sina undersökningar goda argument för en ansvarsprincip baserad på kriterierna autonomi, externa effekter och livsstilsförbättring. En patient som inte är kapabel att fatta rationella och välinformerade beslut bör inte avkrävas ett beslut om vårdval och därmed inte heller ett finansieringsansvar. Detta utesluter egenansvar för bland annat psykiatrisk vård, mödravård och akutvård. Inte heller ska principen om egenansvar gälla när det är uppenbart att de externa effekterna är stora. Vaccinationer mot smittsamma och/eller dödliga sjukdomar, smittspårning och andra vårdinsatser som ger stora positiva effekter för andra patienter och samhället i stort bör finansieras offentligt. När det kommer till egenfinansiering inom ramen för den offentliga vården bör även negativa externa effekter, i form av undanträngningseffekter, beaktas. Vård av livsstilsförbättrande karaktär, det vill säga vårdinsatser som inte primärt motive-ras av medicinsk nödvändighet, lämpar sig bättre för egenfinansiering än annan vård.

Införandet av en ansvarsprincip baserad på kriterierna autonomi, externa effekter och livsstilsförbättring skulle möjliggöra ett tydligare definierat offentligt vårdåtagande. På så sätt hålls de offentliga utgifterna nere, samtidigt som den allra nödvändigaste vården kan ges den prioritet och de resurser som krävs. Principen bör införas som en av flera principer i den etiska plattformen och därmed utgöra en av flera grunder för prioritering i den offentliga vården. Den bör också utformas på ett sätt som gör principen konkret och praktiskt tillämpbar. Inspiration kan med fördel hämtas från den nederländska Dunningkommitténs trattmodell som beskrivs ovan.

Upphäv förbudet mot medfinansiering

Smer gör i sin rapport från 2015 tolkningen att medfinansiering strider mot intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen och den etiska platt-

¹⁵⁹ Se mer om distinktionen mellan dessa i avsnitt 5.

formen för prioriteringsbeslut. Vi menar att uttalandet i praktiken innebär ett förbud i svensk rätt mot medfinansiering. Den etiska plattformen bör revideras och förtydligas på ett sätt som ställer det utom tvivel att medfinansiering är tillåtet i svensk offentlig sjukvård.

Till skillnad från Smer ser vi inget problem med att en patient ges möjlighet att betala för ett önskat vårdalternativ helt eller delvis inom ramen för den offentliga vården. Tvärtom anser vi att det är såväl en nödvändighets- som en rättvisefråga. Det kommer alltid att finnas en diskrepans mellan vilken vård som är möjlig att kollektivt finansiera och hur högt individen skattar sin egen hälsa. På detta dilemma finns endast två lösningar, givet att resurserna i hälso- och sjukvården är ändliga: att förbjuda patienter från att finansiera det önskade vårdalternativet (som alltså är vad Smer förespråkar) eller att tillåta vårdutbudet att reflektera patientens preferenser genom att ta ut avgifter för den extra kostnad som ett önskat vårdalternativ medför. För den som värnar om patientinflytande och den grundläggande principen att individen själv bör fatta beslut om sin egen kropp, är det senare alternativet att föredra. På så sätt kan en fortsatt god kvalitet och valfrihet i det offentliga vårdutbudet upprätthållas utan risk för på sikt ohållbart stora offentliga utgifter.

Att upphäva förbudet mot medfinansiering skulle även kunna ha betydelse för patienters möjligheter att konsumera vård som, på grund av bristande kostnadseffektivitet, inte tillhandahålls i det offentliga vårdutbudet. Ett läkemedel som är verksamt men för dyrt i förhållande till den potentiella hälsoeffekten utsorteras i dag ur det offentliga vårdutbudet. Beslut av denna karaktär fattas mot bakgrund av kvalitetsjusterade levnadsår (QALY), som något schematiskt innebär att det som mest får kosta 1 miljon kronor att ge en patient ett hälsosamt levnadsår. Detta leder ibland till svåra gränsdragningsproblem. Den offentliga vården tvingas av ransoneringsskäl att neka patienter ett potentiellt bättre eller mer verksamt läkemedel. Att upphäva förbudet mot medfinan-

siering hade möjliggjort för regioner att betala för dyra behandlingar upp till den nivå då dessa inte längre bedöms vara kostnadseffektiva och därefter låta patienten själv finansiera behandlingen. På så sätt skulle fler patienter ges förutsättningar att ta del av dyra behandlingar, som ibland är det enda återstående vårdalternativet.

Som berörts ovan finns det redan i dag regioner som erbjuder medfinansierade tilläggstjänster. Inte minst på grund av Smers uttalande år 2015, men även innan dess, har olika regioner förhållit sig på olika sätt till tilläggstjänster. Detta har skapat en ojämlik tillgång till medfinansiering för patienter i olika delar av landet. Den ojämlikheten rimmar illa med intentionerna bakom det fria vårdvalet. Ett förtydligande av att medfinansiering är förenligt med den etiska plattformen hade åtgärdat även denna problematik. Ett förslag på detta område som i sammanhanget förtjänar att nämnas är en nyligen presenterad motion från Centerpartiet. I motionen föreslås det att Socialstyrelsen ges i uppgift att ta fram nationella riktlinjer för vilka medfinansierade tilläggstjänster som patienter ska erbjudas att betala själva för i sjukvården.¹⁶⁰ Förslaget är ett viktigt steg i riktning mot en mer jämlik tillgång till medfinansierade vårdtjänster i hela landet.

Inför en informationsrättsregel efter brittisk modell

Bristerna i den svenska patienträttsregleringen har påtalats i flera år. Vi är övertygade om att det på längre sikt kommer att krävas en större revidering av regleringen. Då bör det bland annat övervägas om Sverige ska införa en patienträttslag av den typ som finns i flera av våra nordiska grannländer. Som framgår av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kartläggningar är många rättigheter i vården, såsom vårdgarantin och rätten till en fast vårdkontakt, i dag urvattnade. En bakomliggande orsak är de nästan obefintliga möjligheterna att som patient utkräva sina rättigheter juridiskt. I detta avseende hade en starkare patienträttsreglering varit ett viktigt steg på vägen mot

¹⁶⁰ Motion till riksdagen 2020/21:2953.

en jämlikare vård. Brister i rättighetsregleringen drabbar nämligen främst de som den kollektivt finansierade vården är avsedda att skydda, det vill säga resurssvaga patienter med lågt socialt kapital.

På kort sikt behöver dock mindre, mer specifika åtgärder vidtas. Information är en av de viktigaste förutsättningarna för att patienter ska kunna utnyttja sin valfrihet och inflytande i vården. I dag brister den svenska lagstiftningen på denna punkt. En offentlig vårdgivare har ingen skyldighet att informera patienter om vårdalternativ som är relevanta för patienten, men som inte tillhandahålls av det offentliga. Som illustreras av de ovan beskrivna immunterapipatienterna på Aleris Christinakliniken år 2019 leder denna brist i lagstiftningen till att patientens sociala kapital får en stor betydelse för tillgången till adekvat vård. Det är inte en acceptabel ordning.

I Storbritannien har diskussionen om med- och egenfinansierade vårdalternativ nått längre än den svenska. Sedan flera år tillbaka har brittiska General Medical Council (vars närmaste svenska motsvarighet är Socialstyrelsen) utfärdat riktlinjer för läkare och arbetande inom vården, till exempel avseende vilken information som de förväntas förmedla till patienten. En regel i myndighetens riktlinjer tar sikte på just rätten till information om vårdalternativ som inte tillhandahålls av det offentliga:

Other examples of information that might be relevant and, if so, should be shared with patients include: [...] any treatments that you believe have greater potential benefit for the patient than those you or your organisation can offer.¹⁶¹

Innebörden av detta är att en brittisk läkare har en skyldighet att informera patienten om alla verksamma behandlingar – även sådana som inte tillhandahålls av det offentliga. Vi menar att en reglering med samma innebörd med fördel kan införas även i den svenska patientlagen. På så sätt

säkerställs en jämlik tillgång till information för alla patienter.

Främja en välfungerande sjukvårdsmarknad

En förutsättning för att kunna överlämna finansieringsansvar för vissa vårdinsatser till individen är att det finns en fungerande marknad för privat vård, inte minst för privata sjukvårdsförsäkringar. Utan fungerande och livskraftiga sjukvårdsförsäkringsmarknader hade de modeller som tillämpas i länder som Danmark och Nederländerna, där försäkringsmarknaderna fungerar som viktiga komplement till den offentliga vården, inte varit möjliga.

I dag lämnar den svenska marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar mycket att önska. Trots att antalet personer som tecknar privata hälso- och sjukvårdsförsäkringar ständigt ökar är den svenska marknaden markant mindre utvecklad än exempelvis de danska och nederländska. Endast sex procent av alla svenskar har tecknat någon form av privat sjukvårdsförsäkring, att jämföra med över 40 procent av danskarna och över 80 procent av alla holländare.¹⁶² Majoriteten av försäkringarna är dessutom supplementära och adderar alltså inget till det offentliga vårdutbudet.

Hittills har skärpta förmånsbeskattningsregler prioriterats framför åtgärder för att skärpa tillsynen och konsumentskyddet på sjukvårdsförsäkringsmarknaden. För att en större och mer konkurrenskraftig sjukvårdsförsäkringsmarknad, byggd på tillit och transparens, ska kunna existera även i Sverige krävs ett nytt politiskt förhållningssätt. Ett första steg i riktning mot att främja en välfungerande sjukvårdsförsäkringsmarknad är att riva upp 2018 års skärpta förmånsbeskattningsregler samt att stärka tillsynen på sjukvårdsförsäkringsmarknaden. Som framförts av bland annat Centerpartiet behövs dock även ett nationellt reglerat ramverk för den privata sjukvårdsförsäkringsmarknaden.¹⁶³ Detta behövs för att garantera insyn och juridiskt skydd samt förebygga att marknaden attraherar oseriösa aktörer.

¹⁶¹ Guidance on professional standards and ethics for doctors. Decision making and consent p 13 h.

¹⁶² I Nederländerna, där det är obligatoriskt att teckna en sjukvårdsförsäkring, avser denna siffra andelen som tecknat en frivillig tilläggsförsäkring.

¹⁶³ Motion till riksdagen 2020/21:2953.

AVSLUTNING

I den här rapporten har vi tagit oss an uppgiften att staka ut en riktning för hur valfrihet och patientinflytande kan kombineras med ett hållbart offentligt åtagande för sjukvård. Ett genomgående tema i rapporten är relationen mellan kollektiv och privat finansiering för vård. Vi har frågat oss varför Agnes Perssons och Elias Dillners föräldrar inte fick betala i den offentliga vården för att barnen skulle få två hörselimplantat i stället för ett, varför danskar tecknar privata sjukvårdsförsäkringar i betydligt större utsträckning än svenskar och vad ekonomer säger om sjukvårdsmarknadens särdrag. Besvarandet av dessa och många fler frågor har slutligen landat i de fem reformförslag som listas ovan. Det är fem förslag som vi menar har potential att underlätta prioriteringar i den offentliga hälso- och sjukvården, samtidigt som valfrihet, patientinflytande och patienträttigheter värnas och fördjupas genom utökade möjligheter till med- och egenfinansiering.

Ett viktigt syfte med rapporten är att nyansera diskussionen om privat finansiering i hälso- och sjukvården. Det finns goda skäl till att offentligt subventionera vård, men det finns inga skäl att förvägra den privata betalningsvilja som finns för vård som regionerna prioriterar bort. Om fler patienter får möjlighet att betala mellanskillnaden mot den behandling som regionerna subventionerar så bör detta inte ses som något dåligt. Dels innebär det att fler patienter får behandling till att börja med, dels kan det öka regionernas ansträngningar att pressa priserna och göra behandlingen tillgänglig för fler. Eftersom kraven på patientinflytande lär fortsätta växa och den medicintekniska utvecklingen innebär att fler ingrepp som ligger utanför det offentliga åtagandet blir möjliga att utföra är det viktigt att möjligheter till privat finansiering i Sverige finns, samt att villkoren för dessa är tydliga och transparenta.

Genom att ge alla patienter i Sverige en likvärdig tillgång till medfinansierade tilläggstjänster kan fler få de tillägg till vården som de önskar, samtidigt som de betalar för den merkostnad

som detta innebär. Dyra behandlingar som i dag utransoneras och därmed aldrig erbjuds kan tillgängliggöras för fler genom att regioner erbjuder medfinansiering upp till kostnadseffektivitetstaket. Med en modernare patientinformationsreglering kan fler få kunskap om behandlingsalternativ på den privata vårdmarknaden. Den marknaden kan i sin tur växa sig stark och konkurrenskraftig – och därmed erbjuda ett viktigt komplement till den offentliga vården – genom reformer som stärker konsumentskyddet och stärker tillsynen. Ett modernt välfärdssamhälle bör erbjuda ett generöst och pålitligt offentligt vårdåtagande, men samtidigt inte stoppa människor från att lägga egna pengar på välfärdstjänster. Det är vad 2020-talets valfrihetsfråga i vården handlar om.

REFERENSER

- Aggeborn, Susanna, von Below, David, Lorentz, Susanna, Marthin, Georg, Norlin, Jonas, Otto, Vincent, Raoufinia, Katrine, Strand, Anna, Westlund, Anna, Westphal, Hedvig, Widén, Marcus, Wiklund, Johan, Zetterberg, Helene (2019), *Sveriges ekonomi – utsikter till 2035*, Bilaga 1 till Långtidsutredningen 2019.
- Anell, Anders (2014), *Vilken ojämlikhet är mest rättvis? Patientinflytande och egenavgifter i svensk vård*, Uppdrag välfärd.
- Arrow, Kenneth J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53:5, 1963, s 941-973.
- Axelsson, Ewa (2011), *Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård: En medicinsrättslig studie*, Uppsala universitet, Humanistisk-samhällsvetenskapliga vetenskapsområdet, Juridiska fakulteten, Juridiska institutionen.
- Axelsson, Ewa (2014), "Hälso- och sjukvård", i Lerwall, Lotta (red) *Makt, myndighet, människa. En bok i speciell förvaltningsrätt*, Iustus Förlag, 2014.
- Borg, Per (2009), *Den långsiktiga finansieringen – välfärdens klimatfråga?* Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.
- Broqvist, Mari, *Prioriteringar i Västerbottens läns landsting* 2008: Del II. Olika tankar om processen, Rapport 2009:2, Prioriteringscentrum.
- Bäckman, Karin, Andersson, Anna, Carlsson, Per (2004), *Öppna prioriteringar i Östergötland Del I. Den politiska beslutsprocessen*, Rapport 2004:4, Prioriteringscentrum.
- Carlsson, Per, Tinghög, Gustav (2013), *Läkemedel - när är det rimligt att betala själv?* SNS Förlag, 2013.
- Chandra, Amitabh, Finkelstein, Amy, Sacarny, Adam, Syverson, Chad, "Health Care Exceptionalism? Performance and Allocation in the US Health Care Sector", *American Economic Review*, 2016, 106(8): 2110-2144.
- Commonwealth fund (2021), International Health Care System Profiles, "Sweden", "Netherlands", "England", "Denmark", <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries>, (tillgänglig: 2021-05-14).
- Dagens Medicin (2004), Öronläkare på Karolinska opererar dem som kan betala, <https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/ekonomi/oronlakare-pa-karolinska-opererar-dem-som-kan-betala/> (tillgänglig: 2021-06-22).
- Department of Health (2009), National Health Service, Guidance on NHS patients who wish to pay for additional private care, <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-patients-who-wish-to-pay-for-additional-private-care> (tillgänglig: 2021-05-24).
- Fatih, Warda (2019), Släpp beröringsskräcken för privat vård, *Smedjan*, 2019-08-01, <https://timbro.se/smedjan/debatt-slapp-beroringsskracken-for-privat-varld/> (tillgänglig: 2021-05-21).
- Frithiof, Lotta (2021), Edith, 4, får avslag igen - mamman: "Gör allt vi kan", *Uppsala Nya Tidning*, 2021-06-14, <https://unt.se/artikel/j8p859ql> (tillgänglig: 2021-06-17)
- Fuchs, Victor R (1996), Economics, Values, and Health Care Reform, *American Economic Review*, vol 86 s 1-24., Försäkringskassan (2017), *Planerad vård utomlands*, Korta analyser 2017:4.
- Garpenby, Peter (1991), Hälso- och sjukvården i Storbritannien, I: Arvidsson, Göran, Jönsson, Bengt (red) *Sjukvård i andra länder – Vad kan Sverige lära?* SNS Förlag, s 13-56.
- Garpenby, Peter, Bäckman, Karin, Broqvist, Mari, Nedlund, Ann-Charlotte (2010), *Landstinget Kronoberg – i linje med prioriteringar*, Rapport 2010:2, Prioriteringscentrum.
- General Medical Council (2020), "Decision making and consent", <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/decision-making-and-consent>, (tillgänglig: 2021-05-24).
- Gralén, Katarina, Hjalte, Frida, Persson, Ulf (2019), *Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige*, IHE 2019:5, Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi.
- Granlund, David (2018), En allt rikare befolkning kräver mer resurser till hälso- och sjukvård, *Ekonomisk Debatt* årg 46 nr 3, s 3-4.
- Grönwall Lindholm, Lotta, Stenius, Anna, Laukkanen, Ville, Colliander, Åsa, Riva, Annica, KRY:s fulspel sänker de seriösa vårdcentralerna, *Expressen*, 2020-03-20, <https://www.expressen.se/debatt/krys-fulspel-sanker-de-seriosa-vardcentralerna/> (tillgänglig: 2021-05-14).
- Gustavsson, Erik, Wiss, Johanna, *Multikriterieanalyser vid prioriteringar inom hälsooch sjukvården – kriterier och analysmetoder*, Prioriteringscentrum, Rapport 2013:2.
- Hedenbro, Marianne (2004), Östergötland först med "svart lista", *Sydsvenskan*, 2020-03-23, <https://www.sydsvenskan.se/2004-05-09/ostergotland-forst-med-svart-lista> (tillgänglig: 2021-05-20).
- Hurley, Jeremiah (2000), An overview of the normative economics of the health sector, I: Culyer, Anthony J., Newhouse, Joseph P, *Handbook of Health Economics*, North Holland, s 55-118.
- Hurley, Jeremiah (2000), "An overview of the normative economics of the health sector", i: *Handbook of health economics*, Culyer och Newhouse (red), s 67 ff.
- ISF (2019), *Vård utomlands. En granskning av Försäkringskassans hantering av vårdförmåner inom EU/EES och Schweiz*, Rapport 2019:3.

- Iversen, Tor (2011), *Vägval i vården – en ESO-rapport om skillnader och likheter i Norden*, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.
- Jordahl, Henrik (2017), *Granskning av ESO-rapporten Dags för omprövning av Per Molander*, IFN Policy Paper nr 76, 2017.
- Karlsson, Nils, Lundbäck, Mattias (2021) *Myten om centralisering – Om sjukvården som ett polycentriskt system*, Ratioakademiens sjukvårdsprojekt, rapport nr. 1, Ratio.
- Kjoller, Hanne, ”De privata sjukvårdsförsäkringarna är bolagens hemliga låda”, *Dagens Nyheter*, 2019-07-30, <https://www.dn.se/ledare/hanne-kjoller-de-privata-sjukvårdsförsäkringarna-ar-bolagens-hemliga-lada/> (tillgänglig: 2021-05-21).
- Klein, Ezra, In the UK's health system, rationing isn't a dirty word, *Vox*, 2020-01-28, <https://www.vox.com/2020/1/28/21074386/health-care-rationing-britain-nhs-nice-medicare-for-all> (tillgänglig: 2021-05-20).
- Konsumentverket (2010), *Granskning av marknadsföring och avtalsvillkor för vissa försäkringar riktade till konsumenter*, Rapport 2010:16.
- Lerwall, Lotta (2014), *Egen- och medfinansiering i vården*, Underlagsrapport till Smer, 2014-06-27.
- Lundin, Douglas (2002), ”Klarar vi sjukvården?”, *Ekonomisk Debatt* årg 30 nr 4, s 325-333.
- Lyttkens, Carl Hampus (2010), ”Sjukvårdens långsiktiga finansiering”, I: Anell, Anders, Gerdtham, Ulf-G (red), *Vårdens utmaningar*, SNS Förlag.
- Melin, Anders (2007), *Etiska riktlinjer och principer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård – en internationell översikt*, Prioriteringscentrum, Rapport 2007:3.
- Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, The Netherlands, 1992, *Choices in Health Care: a Report by the Government Committee on Choices in Health Care*.
- Motion till riksdagen 2020/21:2953, *En utvecklad sjukvård och omsorg i hela landet*.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016), *Vården ur befolkningens perspektiv 2016. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*, PM 2016:5.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017), *Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017*, Rapport 2017:2.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020a), *Privata sjukvårdsförsäkringar. Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare*, Rapport 2020:3.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020b), *Styra mot horisonten. Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar*, Rapport 2020:7.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Vården ur befolkningens perspektiv 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*, Rapport 2021:4.
- National Health Service (Co-Funding and Co-Payment) Bill, <https://bills.parliament.uk/bills/2657>, (tillgänglig: 2021-05-24).
- OECD:s hälsodatabas: <https://stats.oecd.org/>, ”Health expenditure and financing”, ”Revenues of health care financing schemes”, (tillgänglig: 2021-05-07).
- Prioriteringscentrum (2007), *Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården*.
- Prioriteringscentrum (2017), *Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning*.
- Proposition 1994/95:182, *Beskattning av fri hälso- och sjukvård samt vissa andra förmåner*.
- Proposition 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
- Proposition 2006/07:52, *Driftsformer för sjukhus*.
- Proposition 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*.
- Proposition 2013/14:106, *Patientlag*.
- Proposition 2016/17:166, *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård*.
- Proposition 2017/18:133, *Slopad skattefrihet för förmån av hälso- och sjukvård*.
- Region Skånes Etiska Råd (2019), ”Etiska rådets yttrande avseende medfinansiering vid kataraktkirurgi”, <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/etiska-radet/yttrande--fillistning/medfinansiering-vid-kataraktkirurgi.pdf> (tillgänglig: 2021-05-21).
- Region Skånes Etiska Råd (2020), ”Yttrande rörande medfinansiering av hörapparater”, <https://hrf.se/etiska-radet-i-skane-tar-avstand-fran-horselcheckarna/> (tillgänglig: 2021-05-21).
- Riddarsparre, Isac (2020), *Egenavgifter i primärvården*, Timbro.
- Sabik, Lindsay M, Lie, Reidar K, (2008) ”Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries”, *International Journal for Equity in Health*, 7:4.
- Saltman, Richard B (1992), *Patientmakt över vården*, SNS Förlag.
- Sanandaji, Nima, Heller-Sahlgren, Gabriel (2019), *Ålderskris – Internationella exempel på hur privat finansiering kan avlasta den offentliga välfärden*, Rapportserie i tre delar, Timbro.
- Sandman, Lars (2015), *Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer?: En översikt av tolknings- och tillämpningssvårigheter*: Reviderad version, Rapport 2015:3, Linköpings universitet, Institutionen för medicin och hälsa, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsanalys. Linköpings universitet, Medicinska fakulteten.
- Sandman, Lars, Davidson, Thomas, Helgesson, Gert, Juth, Niklas, ”Etiskt problematiskt att begränsa rollen för kostnadseffektivitet”, *Läkartidningen*, 2018-06-12, <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/etik-och-lakarroll/2018/06/etiskt-problematiskt-att-begransa-rollen-for-kostnadseffektivitet/> (tillgänglig: 2021-05-20).

- SCB (2018), ”Störst folkkökning att vänta bland de äldsta”, <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/statistiknyhet/sveriges-framtida-befolkning-20182070/>, (tillgänglig: 2021-05-14).
- Schleifer, Andrei (1998), ”State versus Private Ownership”, *Journal of Economic Perspectives*, vol 12 nr 4, s 133-150.
- SKR (2010), *Framtidens utmaning: välfärdens långsiktiga finansiering*.
- SKR (2014), *Medfinansiering och tilläggstjänster inom hälso- och sjukvården*, https://plus.rjl.se/info_files/infosida41337/pm_medfinansiering_och_tillaggstjanster_i_halso_och_sjukvarden.pdf (tillgänglig: 2021-05-21).
- SKR (2021), ”Patientavgifter i hälso- och sjukvården 2021”, <https://skr.se/halsasjukvard/patientinflytande/patientavgifter.14668.html>, (tillgänglig: 2021-05-07).
- Socialdepartementet (2010), *Den ljusnande framtid är vård: Delresultat från LEV-projektet*.
- SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*.
- SOU 1997:154, *Patienten har rätt*.
- SOU 2001:8, *Prioriteringar i vården: Perspektiv för politiker, profession och medborgare*.
- SOU 2008:37, *Vårdval i Sverige*.
- SOU 2008:105, *Långtidsutredningen 2008*.
- SOU 2015:104, *Långtidsutredningen 2015*, huvudbetänkande.
- SOU 2016:2, *Effektiv vård*, Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- Statens medicinsk-etiska råd (2014), *Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter*, Smer rapport 2014:1.
- Svensk försäkring (2021), ”Sjukvårdsförsäkring”, <https://www.svenskforsakring.se/statistik/sjuk--och-olycksfallsforsakring/sjukvardsforsakring/> (tillgänglig: 2021-05-21).
- Svenskt Näringsliv (2017), *Remissvar. Promemorian Slopatskattfrihet för förmån av hälso- och sjukvård*, DNR Fi2017/03709/SJ.
- Svenonius, Irene (2019), *Jag vill avskaffa mig själv. Låt proffsen styra vården*, Egen utgivning, 2019.
- Telford and Wrekin Clinical Commissioning Group (2020), *Defining the Boundaries between NHS and Private Healthcare*, <https://www.telfordccg.nhs.uk/who-we-are/publications/ccg-governance-board/governance-board-papers/2013/october-3/679-07-6-nhstwccg-defining-boundaries-nhs-private-healthcare-2013-12-v2/file> (tillgänglig: 2021-05-24).
- Ter Meulen, Ruud, Maarse, Hans (2008), ”Increasing Individual Responsibility in Dutch Health Care: Is Solidarity Losing Ground?”, *Journal of Medicine and Philosophy*, vol 33:3, s 262-279.
- Thorslund, Mats (2010), *Äldreomsorgens utmaningar – i dag och i framtiden*, Aging Research Center, Underlagsrapport till Timbro/Arena Idé-kommissionen rörande välfärdens framtida finansiering.
- Trysell, Katrin (2019), Cancerpatienter betalar dyr immunterapi ur egen ficka, *Läkartidningen*, 2019-01-25, <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2019/01/patienter-betalar-sjalva-for-immunterapi/> (tillgänglig: 2021-05-21).
- Tynkkynen, Liina-Kaisa, Alexandersen, Nina, Kaarbøe, Oddvar, Anell, Anders, Letho, Juhani, Vrangbæk, Karsten (2018), ”Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors”, *Health Policy*, Vol 122, nr 5, maj 2018, s 485-492.
- Vrangbæk (2016), ”Denmark”, i Sagan, Anna, Thomson, Sarah, (red), *Voluntary health insurance in Europe. Country experience*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series 42, s 38-42.
- Wagner, Adolph (1890), *Finanzwissenschaft*, C.F. Winter.
- Waldu, Susanne (2010), *Creating organisational capacity for priority setting in health care: using a bottom-up approach to implement a top-down policy decision*, Umeå universitet, Medicinska fakulteten, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Epidemiologi och global hälsa.
- West Essex Clinical Commissioning Group (2020), *Defining the boundaries between NHS and private healthcare*.

Fria marknader
personlig frihet
öppna samhällen

TIMBRO