Fredrik Westander

Ökad privat finansiering i hälso- och sjukvården?

Rapport inom projektet Välfärdens framtida finansiering

arenaidé

Publicerat i oktober 2011

©Författaren och Arena Idé
Bild: Blogotron/Wikimedia Commons

Arena Idé är en del av Arenagruppen
www.arenagruppen.se

Arenagruppen
Drottninggatan 83
111 60 Stockholm.
Tel (vx): 08-789 11 60
Fax: 08-411 42 42

Fredrik Westander

Ökad privat finansiering i hälso- och sjukvården?

Förord **4**

Sammanfattning **5**

1 Inledning om finansieringsfrågan och rapportens syfte **7**

Framtidskalkyler och osäkerheten som tillgång *7*
Kostnadskriser är ett fullt realistiskt scenario *9*
Rapportens innehåll *10*

2 Ökad privat finansiering av hälso- och sjukvården? **11**

2 1 Privat finansierad sjukvård – nulägesbeskrivning *11*
Antalet privat försäkrade ger ledtråd om kostnaderna *12*
Vilken vård täcker försäkringarna – hur avgränsas det privata åtagandet? *14*
Privata vårdgivare i den privat finansierade vården *15*
Ingen kunskap om utförd vård eller om hur styrningen utövas *16*
Summering – dagens privatfinansierade hälso- och sjukvård *17*

2 2 Alternativa sätt att öka den privat finansierade hälso- och sjukvården *18*
A Ökade obligatoriska patientavgifter *19*
B Premiumtjänster för icke medicinska vårdtjänster vid slutenvård *21*
C Premiumtjänster med högre servicenivå vid planerad vård och behandling *22*
D Privat finansiering av primärpreventiv behandling och rådgivning *23*
E Privat finansiering av sjukvård med låg eller oklar nytta *25*
F Privat finansiering av operationer och behandlingar med klarlagd nytta *26*
G Privat finansiering av primärvården *28*

2 3 Slutsatser om privat finansierad sjukvård *29*

3 Vägar till (ännu mer) effektiv hälso- och sjukvård **32**

3 1 Kräver bättre kvalitet högre kostnader? *32*
Ny teknik, kostnader och kvalitet – exemplet hjärtinfarktvård *35*
Kvalitetsbristkostnader och potentiella vs realiserbara kvalitetsförbättringar *36*
Summering – kostnader och kvalitet *37*

3 2 Vården av de mest resurskrävande patienterna *38*
Hälso- och sjukvårdskostnadernas fördelning *38*
Aktiv hälsostyrning för att påverka vårdbehoven *40*

3 3 Variation i vårdkonsumtion och kostnader *41*
Kostnads- eller produktivitetsvariation *44*

3 4 Sjukvård med oklar nytta *48*

3 5 Kvalitetsjämförelser som stöd för effektivisering *51*

Förord

I februari 2010 startade Arena Idés projekt Välfärdens framtida finansiering med ett seminarium där tre huvudteman behandlades. Det handlade om att det finns ett framtida finansiellt gap mellan behov och resurser, varför politiker på nationell nivå gör så olika bedömningar av frågans betydelse, samt behov och efterfrågan och om vem som avgör behoven.

Bakgrunden är de slutsatser olika statliga utredningar (Långtidsutredningen 2004, Regeringens äldreberedning 2003) och utredningar inom Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, kommit fram till. Nämligen att behoven av offentlig konsumtion kommer att öka mer än resurserna ökar. Det beror bland annat på demografisk utveckling, men även på att den medicinska vetenskapen kommer att kunna behandla olika sjukdomar bättre, dock till ökade kostnader.

Samma utredningar visar att utrymmet för den privata konsumtionen kommer att fortsätta att växa långsiktigt. Vad händer om människornas förväntningar på sjukvård och äldreomsorg inte motsvaras av det som kan erbjudas samtidigt som man har ett privat konsumtionsutrymme? En viktig politisk utgångspunkt i projektet är att medborgarna ska få välfärd efter sina behov och att det ska finnas stor valfrihet för medborgaren. En annan viktig utgångspunkt för projektet är öppenhet och att vi vill pröva nya synsätt för att finna lösningar på de finansiella problemen.

Denna rapport försöker besvara frågan om hälso- och sjukvården i framtiden bör finansieras ungefär som i dag, med skatt som den helt dominerande finansieringskällan? Eller är en sådan sjukvårdspolitisk grundhållning tvärtom orealistisk och därför destruktiv, eftersom den förutsätter en så stark ransonering av offentligt finansierade sjukvårdstjänster att en parallell marknad för privata tjänster spontant kommer att uppstå? Rapporten är skriven av Fredrik Westander, hälso- och sjukvårdskonsult som framför allt arbetat med kvalitetsjämförelser i hälso- och sjukvården på uppdrag av SKL och Socialstyrelsen. Författaren svarar för innehåll och slutsatser.

Rapportens slutsatser är tydliga: Ökad privat finansiering bör inte vara ett framträdande inslag i en sjukvårdspolitisk strategi för att hantera hälso- och sjukvårdens finansieringsproblem

Den första rapporten, skriven av Petter Odmark, behandlade finansieringsfrågan allmänt och de delar som problemet består av: Baumols sjuka, Wagners lag och demografisk utveckling. Rapporten finns tillgänglig som pdf-fil på vår hemsida, www.arenaide.se/rapporter.

I projektgruppen ingår Anna Hedborg, Bengt Westerberg och Lars-Åke Almqvist, samt representanter för de organisationer som finansierar projektet: Roger Mörtvik, TCO, Emma Lennartsson, Kommunal, Kerstin Falck, Pfizer, Anders Blanck, LIF (de forskande läkemedelsföretagen), Therese Svanström-Anderssson, SKTF, och Martin Östberg, Vårdförbundet. Från Arenagruppen deltar Olav Fumarola Unsgaard och Boa Ruthström.

Stockholm den 22 september 2011

Boa Ruthström

Chef Arena Idé

Sammanfattning

Rapportens bakgrund är frågan om hälso- och sjukvården även i framtiden kan finansieras med offentliga medel, eller om utvecklingen av befolkningens vårdbehov och av hälso- och sjukvårdens behandlingsmöjligheter gör att ökad privat finansiering kommer att krävas.

Denna diskussion har sin grund i olika kalkyler om välfärdsstatens framtida finansiering. Även om kalkylerna för hälso- och sjukvårdens del i viktiga avseenden är mycket osäkra, så är utgångspunkten för rapporten att finansieringsproblemet även av andra skäl bör tas på allvar.

Det finns mycket lite kunskap om den i dag privat finansierade vårdens innehåll, men antalet försäkrade har ökat påtagligt de senaste åren och uppgick 2009 till över 360 000. I ekonomiska termer är kostnaden liten, runt en procent av kostnaden för den sjukvård som landstingen finansierar. I andra avseenden kan förekomsten av privata vårdförsäkringar ha större betydelse. Detta kan inte bedömas i dag, eftersom uppgifter om den givna vården inte finns tillgänglig i offentlig statistik.

Flera alternativ till ökad privat finansiering beskrivs: Traditionella höjningar av obligatoriska patientavgifter; frivilliga avgifter för icke-medicinska ”premiumtjänster” med till exempel högre tillgänglighet och högre hotellstandard vid slutenvård. Vidare avgränsningar av sjukvårdens åtagande för primärprevention, för vård med låg eller oklar nytta, för ett urval av planerade behandlingar samt genom en överflyttning av hela primärvården till privat finansiering.

Slutsatsen är att ökad privat finansiering inte bör vara ett framträdande inslag i en sjukvårdspolitisk strategi för att hantera hälso- och sjukvårdens finansieringsproblem.

Huvudargumenten är att det ekonomiska bidraget i de flesta alternativen blir för litet, att de symboliska förlusterna vid ett tudelat vårdsystem är betydande, att genomförandeproblem ofta skulle bli svåra och slutligen att förekomsten av oförsäkrade patienter skulle medföra återkommande krav på obligatoriska försäkringar eller skattefinansiering.

Som hittills kan avgiftshöjningar ske, vissa läkemedel och behandlingar uteslutas från offentlig finansiering, men som huvudsaklig strategi är ökad privat finansiering inte en framkomlig väg.

God kvalitet i hälso- och sjukvården förutsätter tillgång till de nödvändiga resurserna, men kvaliteten är avhängig även annat än kostnadsnivån. Den medicinska kunskapsutvecklingen kan medföra kvalitetshöjningar utan att kostnader ökar i samma grad, medan i andra fall ökade kostnader är nödvändiga för att nå högre kvalitet. Variationer i vårdkonsumtion, förekomsten av sjukvård med oklar nytta, kvalitetsbristkostnader, variation i kostnad per prestation eller slutenvård kan analyseras och vara ett stöd för effektivisering av sjukvården.

Särskild uppmärksamhet bör ägnas den mindre grupp patienter med stora resursbehov som tar i anspråk mycket sjukvårdsresurser. Öppna kvalitetsjämförelser är ett stöd för uppföljning och

förbättring av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Väl fungerande nationella stödstrukturer inom områden som dessa är viktiga.

1 Inledning om finansieringsfrågan och rapportens syfte

Skall hälso- och sjukvården i framtiden finansieras ungefär som i dag, med skatt som den helt dominerande finansieringskällan? Eller är en sådan sjukvårdspolitisk grundhållning tvärtom orealistisk och därför destruktiv, eftersom den förutsätter en så stark ransonering av offentligt finansierade sjukvårdstjänster att en parallell marknad för privata tjänster spontant kommer att uppstå?

Kombinera sådan ransonering med ökad köpkraft och betalningsvilja, och därtill ett ökande antal privata vårdgivare med ekonomiska motiv att erbjuda den sjukvård som efterfrågas – ja, då kan vi ha en grund för en privat sjukvårdsmarknad av annan kaliber än dagens komplementära marknad, som främst erbjuder högre tillgänglighet. Då kommer vi i framtiden att se de senaste årens ökning av privata sjukvårdsförsäkringar som de första stegen i denna riktning.

Detta scenario skulle kunna leda oss till den sämsta av världar, där ett offentligt finansierat, med tiden alltmera uttunnat system med offentliga vårdtjänster, stegvis blandas med ett som är privat finansierat. Vi skulle få se en successiv perforering av vårdsystemet, där patienter skulle ha olika tillgång till vårdutbud efter vilken försäkringsstatus de har. Mer eller mindre bortom politisk kontroll, utan att det skett på ett ordnat sätt och med bästa möjliga hälso- och jämlikhetseffekter för ögonen.

Framtidskalkyler och osäkerheten som tillgång

I den senaste rapporten om framtida finansiering av välfärdstjänsterna i kommuner och landsting tecknar en politisk programberedning inom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en bild av ett finansieringsgap år 2035 på 200 miljarder kronor, i dagens penningvärde.[1] För att sluta detta kalkylerade gap med skatteintäkter skulle skattekvoten i samhällsekonomin behöver öka till något över den nivå som gällde år 2000, eller med intäkter motsvarande 13 kronors höjning av kommunalskatten.

Vare sig SKL:s politiska programberedning eller den så kallade Borgkommissionen, som lutar sig bland annat mot SKL-rapporten, tror att det är möjligt att med enbart skattehöjningar sluta det framkalkylerade finansieringsgapet.[2] Även om skattebaserna kan ökas och omprioriteringar i statens utgifter göras, liksom effektiviseringar i sjukvård och äldreomsorg, så menar författarna till dessa båda rapporter att den privata finansieringens andel behöver öka.

SKL-rapportens kalkyl är inte den enda nyligen gjorda. Det har nyligen gjorts andra inom både Socialdepartementet och Finansdepartementet, som båda ger en annan och mera gynnsam bild av framtida finansieringsgap.[3] Vi kan räkna med att det med jämna mellanrum kom-

---

[1] Programberedningens rapport heter *Framtidens utmaning. Välfärdens långsiktiga finansiering*, Sveriges Kommuner och Landsting, 2010. Nås via www.skl.se/valfardsfinansiering.

2 *Vi har råd med framtiden – men då krävs en långsiktig och sammanhållen politik för välfärdens finansiering*, Arena Idé och Timbro, juli 2010. Gruppen leddes av Per Borg.

[3] Socialdepartementets rapport: *Den ljusnande framtid är vård.* Delresultat från LEV-projektet. Regeringskansliet, 2010. Finansdepartementets var en grövre kalkyl inom ramen för statens budgetarbete.

mer att presenteras rapporter på dessa teman, alltifrån nattsvarta till mera ljusa bedömningar av möjligheterna att finansiera den framtida välfärdsstaten.

Mitt ärende i denna rapport är inte att vrida och vända på dessa olika kalkyler. Däremot vill jag inledningsvis peka på några aspekter av dem som är principiellt viktiga för den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten om dessa frågor.

En aspekt är att skattenivåerna faktiskt spelar stor roll, och därmed skattebetalningsviljan. I SKL-rapportens kalkyl kan dagens kommunala skattesatser år 2035 nästan helt finansiera kostnaderna för de ökade behov som kommer av den demografiska utvecklingen. Rapportens huvudalternativ medför betydligt högre kostnader, men inte högre än att de nästan kunnat finansieras vid de skattenivåer vi tidigare haft. Opinionsmätningar brukar påvisa att skattebetalningsviljan till ”skola, vård och omsorg” är hög. Men detta är inte givet, utan kan förändras. Man kan inte utgå från att de skattesänkningar som skett i tio års tid i framtiden i stort politiskt samförstånd kan reverseras.

Viljan att betala skatt är säkert högre om sjukvårdssystemet anses vara ekonomiskt välskött, ha god kvalitet med ett likvärdigt medicinskt innehåll och med god tillgänglighet. Och vice versa. I nuläget har vi inga stora tecken på ”vårdkris” och legitimitetssvikt. Men det saknas inte oroande tecken, och bilden av sjukvården kan förändras. En svårbedömd faktor är den påverkan på skattebetalningsviljan som kan komma från det ökande antalet personer med privata vårdförsäkringar, främst i den arbetsföra och friska befolkningen. Denna påverkan kan vara eller bli betydligt större än vad den faktiska omfattningen av den privat finansierade vården skulle antyda.

En andra aspekt i flera kalkyler är att befolkningens åldrande, den rena demografiska komponenten, spelar en så pass måttlig roll för det framtida finansieringsproblemet, i alla fall för sjukvården. I stället är det ett antagande i SKL-rapporten om ökade förväntningar på kvalitet i vård och behandling som driver upp de framtida kostnaderna i kalkylen, liksom en blick på den historiska utvecklingen. Detta antagande är förstås något godtyckligt, men är ändå positivt för debatten: Perspektivet vrids i riktning mot frågor om befolkningens förväntningar på vårdsystemet och framför allt om sambandet mellan kostnader och kvalitet i hälso- och sjukvården. Om den demografiska determinismens tunga hand lyfts bort från frågan, sätts ljuset på annat, sådant som kan påverkas. För äldreomsorgen är den demografiska påverkan i SKL-kalkylen dock större.

Ökade medicinska behandlingsmöjligheter och produktivitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården är alltid centrala i detta slag av finansieringskalkyler, även om de inte åsätts ett formellt värde i dem. Att de medicinska behandlingsmöjligheterna ökat och kommer att öka är givet, även om det inte är möjligt att för hela vårdsystemet kvantifiera vilken effekt på kostnader och kvalitet detta kommer att få.

Något liknande gäller begreppet produktivitetsutveckling, som på övergripande sjukvårdsnivå egentligen är tomt på empiriskt innehåll: Vi kan mäta kostnader per invånare, men är inte i närheten av att kunna relatera detta till en kvantifierbar, meningsfullt beskriven prestation av en given kvalitet. För enskilda behandlingar och producenter kan det göras, men inte på vård-

systemnivå. Ibland har häpnadsväckande kvalitets- och produktivitetskliv tagits, medan för andra behandlingar resultaten står och stampar, och kostnadsstegringar sker. Att bedöma möjligheter till framtida produktivitetsutveckling på ett trovärdigt sätt är inte möjligt.

All denna osäkerhet bör vi se som en tillgång. Den är ett utryck för att hälso- och sjukvården är heterogen och mångskiftande, en samlingsbeteckning på en mängd olikartade vårdprocesser. Ännu viktigare är att osäkerheten är ett uttryck för hur påverkbar hälso- och sjukvården är.

Man kan inte förklara framtida kostnader, behov och kvalitet främst genom att hänvisa till befolkningens åldrande, den medicinsk-tekniska utvecklingen eller befolkningens förväntningar. I stället kan samma ”yttre” förhållanden ge upphov till många kombinationer av kostnader och kvalitet, beroende på hur väl styrningen av sjukvårdssystemet utövas. Och, vilket jag skall ge flera exempel på senare i rapporten, den variation av kostnader och konsumtion som förekommer i sjukvården är ofta påtagligt stor – det är inte några procentenheter hit eller dit, utan flera tiotals procentenheter. Sjukvårdstjänster och sjukvårdsbehov är *mycket* elastiska och påverkbara fenomen.

Kostnadskriser är ett fullt realistiskt scenario

De frågor som Borgkommissionen och SKL:s politiska programberedning ställer är värda att ta på allvar, helt oavsett effekterna av befolkningens åldrande och av förväntningar på ökande kvalitet.

Mitt synsätt är detta. Det finns för hälso- och sjukvården en reell risk för framtida finansieringskriser, orsakad av snabbare kostnadsstegring och med budgetkriser i landstingen som följd. Detta kan ske långt innan 2035.

På några områden tyder nationella kvalitetsjämförelser på att mönster av underbehandling består; dessa bör rättas till – men leder då till ökade kostnader. Vårdplatsminskningen, som tidigare var en viktig del i sjukvårdens effektivisering, har nu upphört. Nu har vi i stället en besvärande, långvarig situation av vårdplatsknapphet. Resistensutveckling kan göra viktiga läkemedel mer eller mindre verkningslösa. Nya, effektiva läkemedelsbehandlingar kan visa sig driva kostnader även vid en optimal användning, och än mer om de överanvänds. Trenden i riktning mot minskad sjuklighet i svår hjärt-kärlsjukdom, med färre hjärtinfarkter och strokefall, kan avstanna.

Också sjukvårdspolitikens inriktning påverkar. Den allmänna betoningen på hög tillgänglighet och etableringsfrihet för vårdgivare i primärvård och även på andra områden, kan på olika vägar leda till ökat kostnadstryck och överkonsumtion. Vårdvalsmodellen kommer att påverka primärvårdens roll i vårdsystemet, och kan ha oväntade effekter som konsekvens. Generellt gäller att marknadsliknande konkurrens och ekonomiska incitament för vårdgivare, bland dem explicit kommersiella vårdbolag, blir en starkare faktor i svensk hälso- och sjukvård. Hur stark och med vilka effekter återstår att se, men farhågor saknas inte.

Det är, kort sagt, inte alls givet att hälso- och sjukvården ständigt blir mer effektiv, att den lyckas ta om hand de potentialer till effektivisering som löpande skapas. Även det motsatta

kan ske, med kostnadsstegringar som följd. Ett vårdsystem som främst hanterar kostnadskriser med ökad ransonering, att verkningsfulla behandlingar med ekonomiska argument undandras vårdutbudet, kommer att tappa i legitimitet. Om skattehöjningsvägen inte längre självklart är öppen, är finansieringskriser ett fullt möjligt scenario, helt oavsett kalkyler om framtida finansieringsgap.

Rapportens innehåll

Frågan om ökad privat finansiering är inte nyväckt, utan har återkommit då och då i debatten de senaste 15–20 åren. Men, och detta är en märklig aspekt av denna debatt, den har sällan förts i konkreta termer. Bristen på konkretion gör att debatten står och stampar, blossar upp då och då, men vi lär oss inte mycket nytt av den.

För att det skall vara möjligt att föra en meningsfull debatt om privat finansiering måste alternativa förslag beskrivas, så konkret som möjligt: Hur kan de utformas, för att vinna tillräcklig legitimitet och ha acceptabla jämlikhetskonsekvenser? Hur stora intäkter kan de ge? Där förslagen avser en avgränsning av det offentliga åtagandet av vårdutbudet – hur kan rågången mellan offentlig och privat finansiering i praktiken upprätthållas? Först då kan man diskutera vilka fördelar som kan nås respektive vilka värden som kan hotas.

Detta är huvudinnehållet i rapportens första del. Där beskriver och diskuterar jag några alternativa sätt att öka den privata finansieringen av hälso- och sjukvården, så konkret det är möjligt inom ramen för en rapport av detta slag. Genom att på detta vis öka konkretionsgraden något, ges vägledning om hur lätt eller svårt det är att introducera privat finansiering i större skala och med godtagbara konsekvenser, för jämlikhet och samhällsmoral. Avsnittet inleds med en beskrivning av dagens privat finansierade vård, dess omfattning och karaktär. Det visar sig att det finns ett behov av reglering av dagens privat finansierade hälso- och sjukvård, till exempel för att kunna göra ens de mest basala beskrivningar av den.

Visar det sig vara svårt eller olämpligt att påtagligt öka den privata finansieringen, stängs denna väg som ett centralt sjukvårdspolitiskt alternativ. Då ökar i stället kraven på vårdsystemets förmåga till effektivisering. Den andra delen av rapporten ägnas åt detta tema.

Huvudsyftet med denna andra del är att ge illustrationer av olika möjligheter till effektivisering och att diskutera sambanden mellan kvalitet och kostnader i hälso- och sjukvården. Jag utgår då främst från de erfarenheter jag fått från arbete med kvalitetsuppföljning och jämförelser inom sjukvården de senaste åren. Det finns därutöver helt andra, löftesrika utvecklingar, som kan göra vårdsystemet mera effektivt.

Äldreomsorgen har kanske större utmaningar än sjukvården framför sig. Även om det finns likheter mellan sjukvård och äldreomsorg, så måste diskussionerna föras separat. Vårdbehovsutveckling, beskrivning av det offentliga åtagandet, besluten om hemtjänst och boendeform, privat finansierade tilläggstjänster – det är till innehållet en annan diskussion än den som bör föras för sjukvårdens del. Jag går därför inte alls in på äldreomsorgen.

Avslutningsvis kan det vara intressant att notera att det finns ett helt annat synsätt på frågan om framtida finansieringsproblem för sjukvård, där utgångspunkten är näringspolitisk.[4] Det finns en köpkraftig efterfrågan, det finns ett expanderande utbud av hälsotjänster och sjukvård. Varför dämpa denna efterfrågan? Hälso- och sjukvårdssektorn kan ju utvecklas till en dynamisk och snabbväxande del av samhällsekonomin, där nya tjänster erbjuds, jobb skapas och stora kommersiella framgångar nås, också på världsmarknaden. Det gäller därför, enligt detta synsätt, att frigöra sjukvårdstjänsterna från dagens bojor, skapa en konsumentstyrd marknad och släppa fram den privata betalningsviljan.

Problemen med detta synsätt är flera, utöver jämlikhetsfrågan. Jag menar att man överskattar patientnyttan i sjukvårdens i dag undertryckta/bortprioriterade behandlingsarsenal, konsumentens förmåga att värdera nyttan och reglerande myndigheters kapacitet att utöva styrning av en sjukvårdsmarknad. Att explicit konfrontera knapphetsperspektivet med paradigmet om den frigjorda hälsotjänstmarknaden med varandra, skulle absolut kunna ge en fruktbar diskussion. Men det skulle föra för långt här.

2 Ökad privat finansiering av hälso- och sjukvården?

Först beskrivs den privat finansierade hälso- och sjukvården i dag. Därefter anges och diskuteras några alternativa sätt att öka omfattningen av den privat finansierade sjukvården, med medvetna politiska beslut: Ökningar av de traditionella patientavgifterna, introduktion av ”premiumtjänster”, privat finansiering av de behandlingar som utesluts ur det offentliga åtagandet och privatisering av primärvårdens finansiering.

Avslutningsvis dras slutsats i huvudfrågan: Kan privat finansiering vara ett viktigt medel för att minska den offentliga finansieringsbördan? Men också några andra, mera näraliggande frågor tas upp: Om expansion av den i dag privat betalda hälso- och sjukvården underlättas eller försvåras; om sannolikheten för att det kan ske en spontan tillväxt av en ”riktig” marknad för privat finansierad sjukvård och om det egentligen är en bra ide att ha en klar definition av det offentliga åtagandets innehåll, vilket ofta hävdas.

2 1 Privat finansierad sjukvård – nulägesbeskrivning

Det finns mycket lite information om den privat finansierade sjukvårdens omfattning i Sverige. Det finns ingen myndighetsreglerad datainsamling om vare sig antalet försäkrade eller om volym och karaktär på den utförda sjukvården. Det finns heller, såvitt känt, ingen aktuell forskning eller ens en strukturerad beskrivning av hur marknaden är organiserad, vilka de försäkrade är, vilka försäkringsprodukterna och deras begränsningar är samt hur styrningen utövas inom denna marknad, till exempel i relationen mellan de försäkringsbolag som säljer försäkringarna och finansierar vården och de vårdgivare som utför behandlingarna.

Det råder också osäkerhet om legala förutsättningar. Privata vårdgivare får efter den så kallade stopplagens[5] upphävande 2007 samtidigt ha intäkter från såväl offentligt som privat

[4] Se Gunnar Eliassons *Svensk sjukvård som en framtida exportindustri?* som är underlagsrapport nr 33 till Globaliseringsrådet, 2009. Kan hämtas via www.regeringen.se/globaliseringsradet

[5] Stopplagen infördes av den dåvarande socialdemokratiska regeringen, och innebar bland annat att vårdgivare i specialiserad vård som bedrev offentligt finansierad vård, inte samtidigt skulle bedriva vård för privat

finansierad sjukvård. Offentliga (landstingsägda) vårdgivares möjligheter att ge vård åt svenska medborgare med privat finansiering är däremot, förvånansvärt nog, oklara. Mer om detta senare.

Beskrivningen som följer baseras på enstaka kontakter och begränsad inläsning, men syftar till att ge en bild av antalet försäkrade och kostnaderna för den privat finansierade vården; förklara den obefintliga kunskapen om volym och innehåll i den producerade vården; kommentera innehållet i försäkringarna och av delar av de legala förutsättningarna för den privat finansierade sjukvården.

I ljuset av landstingens kostnader för sin hälso- och sjukvård, hur omfattande är den privat finansierade vården? Detta är den relevanta frågan, men vi startar i ett ännu bredare perspektiv, de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård i Sverige.

OECD:s statistik om hälso- och sjukvård i medlemsländerna innehåller uppgifter om de totala kostnaderna och om hur stor den privata finansieringsandelen av den totala hälso- och sjukvården är. Sverige har en låg andel privat finansierad vård, med detta mått mätt. Dessa uppgifter är hämtade ur nationalräkenskapernas beskrivning av hälso- och sjukvårdens kostnader, som även ligger till grund för de ofta använda uppgifterna om hälso- och sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten, BNP. Totalt var de offentliga och privata sjukvårdsutgifterna 296 miljarder kronor 2008, enligt nationalräkenskaperna. Den privata sektorns (företag och hushåll) sjukvårdsutgifter uppgick till 53 miljarder. I detta belopp ingår till exempel egenavgifter för läkemedel i öppen vård, patientavgifter i den vanliga sjukvården och i tandvården, men även uppskattade kostnader för den privata försäkringssjukvården. Även privat finansierade hälsovårdstjänster i en vidare mening kan ingå.

Dessa uppgifter fungerar väl vid grova beskrivningar av hälso- och sjukvårdssystemet och dess kostnader, till exempel vid internationella jämförelser. Men nationalräkenskapernas definition av hälso- och sjukvårdskostnader skiljer sig mycket från de kostnader som landstingen har för sin hälso- och sjukvård. I de förra ingår kostnader för primärkommunernas hälso- och sjukvård och även för tandvård, som till betydande del är privat finansierad. Landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård uppgick 2009 till ett klart lägre belopp, 192 miljarder. Detta är de kostnader som skall finansieras med landstingens skatteintäkter och statsbidrag.

Antalet privat försäkrade ger ledtråd om kostnaderna

Svensk Försäkring, som är en intresseorganisation för försäkringsbolag, sammanställer varje år uppgifter om hur många personer med privat sjukvårdsförsäkring det finns i Sverige och hur många av dessa som har företagsbetalda försäkringar. Man anger inte vilka bolag som redovisar sina försäkrade, hur personerna fördelar sig på olika grupper av försäkringar och heller inte premieintäkternas storlek. Enligt uppgift kan man heller inte via årsredovisningarna utläsa bolagens premieintäkt för sjukvårdsförsäkringarna, eftersom den inte särredovisas. Men antalet försäkrade i Svensk Försäkrings statistik är ändå en möjlig startpunkt för att bedöma den privat finansierade vårdens omfattning.

---

finansierade patienter eller sälja privata tilläggstjänster. Ambitionen var att offentlig och privat finansiering inte skulle blandas.

I diagrammet nedan visas utvecklingen av antalet försäkrade personer mellan åren 2001 och 2009. Ökningen de senaste åren är påtaglig. 2009 hade 360 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring, varav 294 000 var betalda av arbetsgivaren i det företag eller den organisation man arbetade i. Den höga andelen företagsbetalda försäkringar gör att andelen försäkringstagare i åldern över 65 bör vara liten. Vårdbehovet hos den försäkrade gruppen är därmed jämförelsevis litet.

Försäkringspremierna varierar beroende på försäkringens utformning (tjänsteinnehåll, storlek på självrisk och karensperiod för tidigare sjukdom, exempelvis) och på den försäkrades ålder och eventuellt även andra egenskaper. Samtal och förfrågningar tyder på att kostnaden för en standardförsäkring för den genomsnittlige försäkringstagaren kan skattas till tre–fyra tusen kronor per år. Premierna i den försäkringsfinansierade vården kan därmed kalkyleras till cirka 1–1,4 miljarder kronor per år.

Hur stor del av dessa premieintäkter som förbrukas i faktisk vårdkonsumtion är omöjligt att bedöma. Även om ersättningsnivåer per läkarbesök, diagnostiska undersökningar och olika behandlingar kan skattas, så vet vi inget om hur stor och vilken vårdkonsumtion som dessa försäkringstagare genererar. Den faktiska sjukvårdskostnaden kan förstås antas vara lägre än premieintäkten, annars skulle försäkringarna inte vara lönsamma.

Utöver denna försäkringsfinansierade sjukvård finns det privatfinansierad sjukvård som betalas direkt, utan att ta vägen via vårdförsäkring. Det finns privata vårdgivare i primärvården som säljer hälsoundersökningar till patienter, utöver eller i gränslandet till det offentliga åtagande man har. Det kan även vara frågan om patienten som betalar kostnaden för en åderbråcksoperation direkt till kliniken, eller patienter som abonnerar på vårdtjänster från en viss klinik, med en avgift som betalas direkt till kliniken. Abonnemangssjukvård har blivit ett be-

grepp i USA[6] där individer genom sitt abonnemang får rätt till viss basal sjukvård med mycket hög tillgänglighet, ofta av mindre kliniker. En sådan tjänst säljs nu av barnsjukhuset Martina vid Sophiahemmet i Stockholm, med en årlig kostnad på 2 350 kronor för första barnet och rabatter för barnen därefter, plus besöksavgifter.

Troligen är den direkt privat betalda vården av mindre omfattning. Antag att den privat finansierade hälso- och sjukvården totalt uppgår till högst 1,5 miljarder kronor, oräknat vanliga patientavgifter i den offentligt finansierade vården. Landstingens nettokostnader uppgick 2009 till cirka 192 miljarder kronor. Den privat finansierade sjukvården (egentligen premiekostnaden) motsvarar i denna kalkyl mindre än en procent av landstingens nettokostnader.

Antalet försäkrade motsvarar 3,8 procent av hela befolkningen. Eftersom merparten har företagsbetalda försäkringar är en jämförelse med befolkningen 18-64 år mer relevant; då uppgår andelen med privat försäkring till 6,3 procent. Enligt medieuppgifter är 40 procent av alla försäkrade, runt 150 000, boende i Stockholmsregionen.[7] Om detta stämmer kan runt 10 procent av invånarna i Stockholms län i åldern 18-64 ha en sådan försäkring. Som jämförelse kan nämnas att det för Danmark finns uppgifter om att 40 procent av befolkningen har privat försäkring och för Storbritannien att knappt 13 procent har det.[8]

Vilken vård täcker försäkringarna – hur avgränsas det privata åtagandet?
Genomläsning av fyra bolags produktblad visar att försäkringarnas konstruktioner naturligt nog påminner om varandra med snarlikt innehåll och begränsningar, även om de inte är identiska. Flera innehåller tidsgarantier med utbetald ersättning om inte läkarkontakt (besök eller telefon) eller behandling sker inom en viss tid. De flesta anger explicit att det är privata läkare/sjukhus som är vårdgivare, men ett anger att även andra sjukhus kan komma i fråga. Ibland anges explicit att akut sjukvård inte täcks. Patientavgifter upp till högkostnadsskyddet i den offentliga vården ersätts.

Försäkringsbolagen vill kunna bedöma och hantera sin risk, avgränsa sitt åtagande. Det finns därför angivet sjukdomstillstånd och omständigheter under vilka försäkringen inte gäller. Men den mest slående iakttagelsen är att många potentiellt kostsamma sjukdomstillstånd **inte** är explicit exkluderade från försäkringen.

Bland de tillstånd och behandlingar som inte ersätts anges till exempel organtransplantationer, vård i samband med graviditet och förlossning, försämring av sjukdomstillstånd som beror på missbruk, behandling vid övervikt, eller med angivelse av BMI som måste överskridas för att behandling (kirurgi) skall kunna ges, sjukdom som omfattas av smittskyddslagen, synfel som kan korrigeras med glasögon, kosmetisk sjukdom och i ett fall ”vård för smärttillstånd i rygg, leder och muskler som saknar objektiva medicinska fynd” (vilket nog inte är ett klockrent kriterium!).

---

[6] Man använder den lite lustiga benämningen ”concierge medicine”, portvaktssjukvård. Det är butlern/vakten/värden i de finare kontors- och bostadsfastigheternas entré som åsyftas, vad en svensk kan förstå.
[7] *ViP-kortet ger dig snabbare vård*, Stockholm City, 9 april 2011, hämtad 110510, http://city.se/hannes/
[8] För Danmark är källan Vrangbæck, K. 2008. *The health system in Denmark.* Eurohealth 14:1:7–8. För Storbritannien se http://www.healthinsurance.co.uk/healthinsurance-information/health-insurance-and-national-health-service-faqs.html. En allmän svårighet vid jämförelser mellan länder är att innebörden av ”privat vårdförsäkring” kan variera stort.

Men poängen är att det finns ett antal kostnadskrävande och inte alltför sällsynta sjukdomstillstånd som inte explicit är exkluderade: Planerade by pass- eller hjärtklaffsoperationer, dialysbehandling flera gånger i veckan av njursjuka, cancerbehandlingar som kan innehålla kirurgi, strålbehandling och dyra läkemedel i vissa fall med mera. Även om de flesta försäkrade är yngre och normalt därför friska, så kan dessa sjukdomar förekomma.

Det är inte troligt att detta slag av vård finansieras med privata vårdförsäkringar, i någon större omfattning. I stället har vårdgivaren och försäkringsbolaget alltid möjlighet att vid olika sjukdomstillstånd remittera över patienten till den offentliga vården. Självklart gäller detta när behandlingen inte utförs av någon vårdgivare som ingår i försäkringsbolagets nätverk, men det kan säkert även gälla om man bedömer att det finns en hög komplikationsrisk vid en standardoperation, som en protesoperation i knä eller höft. Det finns privata dialysenheter, men varför skulle försäkringsbolagen välja att finansiera denna vård för sina försäkrade, när landstingen kan göra det?

Försäkringsbolagen har ett töjbart kostnadsansvar. Man kan föra över behandlingen och kostnaden för den till landstingen, och göra det med goda skäl. Patientens rätt till offentligt finansierad vård gäller ju även om vårdprocessen startade som ett privat försäkringsärende. Ur patienträttssynpunkt är detta självklart och inget att diskutera.

Det uppkommer ingen ”riktig” försäkringsmarknad i denna situation. Den offentliga vårdens roll som ytterst ansvarig för att patienterna får vård medför att försäkringsbolagen inte behöver definiera sitt åtagande särskilt tydligt. Man tar ingen eller liten risk. Man utlovar hög tillgänglighet till vanlig sjukvård och ersätter den försäkrades patientavgifter i de fall patienten av något skäl remitteras över till den offentliga sjukvården.

Privata vårdgivare i den privat finansierade vården

Det är, såvitt känt, uteslutande privata vårdgivare som ger privat betald sjukvård av det slag som här diskuteras. Vid till exempel ofrivillig barnlöshet kan par från offentliga kliniker mot en patientavgift få flera befruktningsförsök, om de inledande offentligt finansierade försöken misslyckats. Men detta ses som en patientavgift för vård som är exkluderad ur högkostnadsskyddet.

Det finns landstingsägda bolag, till exempel Uppsala Care, som säljer specialiserad vård till utländska medborgare, men inte till svenska.

Konkurrensverket menar att det inte är tillåtet för en kommun eller ett landsting att på samma sätt som privata vårdgivare erbjuda tilläggstjänster.[9] En landstingsägd vårdcentral får således inte erbjuda hälsoundersökningar mot privat betalning (notera exemplet med den privata vårdcentralen längre fram i texten). Rimligen kan heller inte en landstingsägd klinik ta emot privat betalande patienter och ge dem förtur med hänvisning till att de betalar privat, enligt Konkurrensverkets tolkning.

Framför allt är det politiska skäl som gör att offentligt ägda vårdgivare inte säljer vård till privat betalande patienter. Men även rättsläget är oklart. Stockholms Läns Landsting har i ett

[9] Se t.ex. *Uppföljning av vårdval i primärvården*, Konkurrensverkets rapportserie 2009:5.

beslut reglerat de egna sjukhusens rättigheter.[10] Landstingsägda vårdgivare tillåts inte ta emot ”privatfinansierade eller försäkringsfinansierade patienter när patienten har rätt till offentligt finansierad sjukvård”. Innebär det att man får lov att erbjuda ”tilläggstjänster”, behandla privat betalande patienter för vård som inte ges inom det offentliga åtagandet, behandlingar som i likhet med åderbråcksoperationer prioriterats bort? Nej, inte enligt Konkurrensverkets mening.

Tolkningsproblemen hänger ihop med att begreppen ”det offentliga åtagandet” respektive ”tilläggstjänster” inte är tillräckligt klargörande eller tillräckligt väl definierade.

Det har ironiskt nog uppkommit bristande konkurrensneutralitet, till den offentliga producentens nackdel. Kravet på konkurrensneutralitet brukar annars motiveras med att privata vårdgivare inte skall missgynnas av finansiären landstinget/kommunen. Den patient som vill kunna köpa tilläggstjänster på sin vårdcentral kan i vårdvalet inte välja en offentlig vårdgivare, utan måste välja en privat. Detsamma gäller valet av utförare i äldreomsorgens hemtjänst. Denna asymmetri innebär en selektionsmekanism även för personalen. Den sköterska eller läkare som själv vill utveckla dessa tjänster eller som vill sälja vård åt försäkringsbolag, kan bara göra det i privat regi.

Hur vanligt förekommande privata tilläggstjänster är i primärvård eller äldreomsorg är okänt. Förmodligen kommer volymen att öka i takt med att antalet privata vårdgivare ökar och att olika kulturella hinder mot tilläggstjänster försvagas. Dagens patienter förväntar sig ju som regel att vården är gratis, när patientavgiften väl är betald.

Ingen kunskap om utförd vård eller om hur styrningen utövas

Det vore värdefullt för sjukvårdsdiskussionen och för den offentligt finansierade sjukvårdens styrning om det fanns bättre data tillgängliga om innehållet i den privat finansierade vården:

- Hur många läkarbesök och behandlingar, inom vilka specialiteter, med vilka diagnoser och vilka behandlingar och operationer?
- Är det väsentligen behandlingar med långa väntetider i den offentliga vården eller är det behandlingar som i den offentliga vården anses ha oklar nytta och av det skälet har låg prioritet där?
- Hur vanligt är det att ett patientärende väcks via privat finansiering, men därefter slussas över till den offentliga försäkringen?

Det finns naturliga förklaringar till frånvaron av data, även om det är ganska besvärande för ett land där vi ofta berömmer oss av att ha jämförelsevis fina vårddata. Landstingen får redovisning av privata vårdgivare om den vård man finansierar, men inte om den övriga. De nationella hälsodataregistren, framför allt Patientregistret vid Socialstyrelsen, har uppgifter om alla vårdkontaktare där läkare är vårdgivare, utom för primärvård. Både offentliga och privata vårdgivare har skyldighet att rapportera till Patientregistret. Dock finns det bland de privata vårdgivarna en underrapportering till Patientregistret. Socialstyrelsen saknar sanktionsmöjligheter.

[10] Landstingsstyrelsens förslag till beslut 2008:39, i ärendet ”Förbättrade möjligheter för sjukhusen att nyttja sina resurser effektivt och därmed skapa en ökad patientnytta”, Stockholms Läns Landsting

Inte heller Svensk Försäkring samlar in uppgifter om den privat finansierade vårdens innehåll. Det är inte ens säkert att diagnos- och åtgärdsregistrering sker enligt de standarder som gäller för Patientregistret, även om det är troligt: Utan denna har inte försäkringsbolagen någon bra möjlighet att följa upp den vård man finansierar. Att förvalta egna beskrivningsmodeller vore orimligt resurskrävande.

Huvudproblemet är att Patientregistret inte innehåller uppgift om vården är offentligt eller privat finansierad. Om det är troligt att den privat finansierade vården kommer att öka, eller även om den bara behåller dagens volym av försäkrade, så är det rimligt att Socialstyrelsen samlar in data om denna vård. Även nationella kvalitetsregister borde ha uppgift om vården är privat finansierad, i den mån den ingår i rapporteringen till kvalitetsregister.

Det är viktigt för en rad olika analytiska ändamål att kunna särskilja privat och offentligt finansierad vård. I framtiden kan det bli möjligt att väntetidsrapporteringen sker i Patientregistret; då kan frågan om tid till behandling för de två olika patientkategorierna belysas. Detsamma gäller uppföljning av medicinsk kvalitet. Försäkringsbolagen vill rimligen kunna jämföra de kostnader man betalar för olika operationer med de som de offentliga klinikerna redovisar; för detta behöver man bra grundregistrering. Ur allmän revisions- och uppföljningssynvinkel, till exempel avseende utbetalda ersättningar, är frånvaron av data om den givna vården ett uppenbart problem.

Faktaruta om sjukvårdskostnader

Statistiska Centralbyrån (SCB) beräknar den totala kostnaden för hälso- och sjukvård till 296 miljarder kronor 2008. Då ingår även tandvård, kommunal hälso- och sjukvård, patientavgifter och privat finansierad vård.

Landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård exklusive tandvård uppgick 2009 till 192 miljarder kronor. Intäkter från patientavgifter kan skattas till drygt 4 miljarder kronor.

Patienternas egenavgifter för läkemedel i öppen vård uppgick till 6,5 miljarder kronor 2010.

Kostnaden (premiekostnaden, främst) för privat finansierad sjukvård kan med grova antaganden skattas uppgå till cirka 1,5 miljarder, där merparten avser privata försäkringar för 360 000 personer.

Summering – dagens privatfinansierade hälso- och sjukvård
Tre centrala iakttagelser kan göras om den privat finansierade hälso- och sjukvården:

Kunskapen om den är begränsad. Detta är en följd av dels avsaknad av offentlig statistikinsamling och reglering av detta, dels avsaknad av frivilligt organiserad rapportering från försäkringsbolag och privata vårdgivare. Uppgiften om antalet försäkrade ger viss information, men avsaknaden av uppgifter om vilken typ av vård som ges inom ramen för försäkringarna

eller som direkt betald sjukvård, gör det närmast ogörligt att beskriva och värdera den roll som den privat finansierade sjukvården har i förhållande till den offentliga.

Kostnaderna är små. Man kan grovt skatta kostnaderna för den privat finansierade sjukvården. De motsvarar sannolikt mindre än en procent av landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård. Även om den ekonomiska betydelsen är marginell, så kan förekomsten av denna typ av försäkringar ha en större effekt på befolkningens bild av hälso- och sjukvården. Över sex procent av befolkningen i yrkesaktiv ålder har försäkring. De försäkrade, eller en del av dessa, menar säkert att försäkringen är en viktig förmån och därmed underförstått att den offentliga vården inte räcker till. Budskapet från försäkringsbolag och arbetsgivare har i alla fall denna innebörd.

Försäkringarna är formellt sett generösa. Försäkringarna har begränsningar men är likväl påtagligt generösa, i meningen att även dyr sjukvård i princip kan ingå. Försäkringsbolagen vet att man med goda argument kan lotsa över patienten till den offentliga vården, eftersom alla medborgare har rätt till offentligt finansierad vård. Det är annars ofta svårt att i sjukvårdsförsäkringar beskriva de sjukdomstillstånd och behandlingar som (inte) täcks, med en precision som gör att kunden förstår vad som ingår och vårdgivare och försäkringsbolag får ett operativt stöd för beslut i konkreta situationer. I den svenska hälso- och sjukvårdsmiljön kan försäkringsbolagen i stället hantera sin risk genom att ha den offentliga vården som *back-up*.

2 2 Alternativa sätt att öka den privat finansierade hälso- och sjukvården

Här beskrivs och diskuteras flera olika alternativa sätt att öka den privata finansieringen. Alternativen kunde ha varit andra eller formulerade på annat vis, men de flesta av dem har inspirerats av de senaste femton–tjugo årens sjukvårdspolitiska debatt om prioriteringar och sjukvårdsfinansiering.

Vart och ett av alternativen kommenteras utifrån framför allt följande aspekter: Hur mycket pengar ger det och i vilken mån minskar belastningen på den offentligt finansierade sjukvården? Hur lätt eller svårt är det att genomföra i praktiken? Hur påverkas sjukvårdens karaktär av medborgerlig rättighet, allas rätt till likvärdig sjukvård av god kvalitet?

Inget av alternativen innebär explicit att det medicinska innehållet i akutsjukvård vid sjukhus skulle differentieras efter patienters försäkringsstatus eller genom direkta avgifter för sådana tilläggstjänster. Ett sådant alternativ skulle *uppenbart* vara oförenligt med kravet på likvärdig vård, och är därför ointressant att diskutera.

Ett av alternativen är en ökning av de obligatoriska patientavgifterna. Detta är intressant eftersom det är en återkommande sjukvårdspolitisk fråga och möjlig att kalkylera kring, men väsentligen är syftet att diskutera alternativ som innebär ökad *frivillig* privat finansiering av hälso- och sjukvårdstjänster. Därför bortses helt från finansieringsalternativ som obligatoriska sjukvårdsparkonton och sjukvårdsförsäkringar med individuellt sparande/premier, öronmärkta för sjukvårdsfinansiering. Att ställa dessa alternativ mot dagens inkomstskattebaserade sjukvårdsfinansiering, vore en annan diskussion.

Den offentliga finansieringsbördan avlastas på principiellt sett två olika vis i de olika alternativen. Antingen genom att intäkterna ökas, genom att de generella patientavgifterna höjs eller genom att ”premiumtjänster” definieras och säljs. Den andra vägen innebär att det så kallade offentliga åtagandes gränser ändras, att behandlingar/sjukdomstillstånd eller hela primärvården explicit trängs ut ur det och eventuellt i stället erbjuds som privat finansierad sjukvård. Alternativen är dessa:

A. Ökade obligatoriska patientavgifter och egenavgifter för läkemedel

B. Premiumtjänster för icke medicinska vårdtjänster i slutenvård

C. Premiumtjänster med högre servicenivå vid planerad vård och behandling

D. Privat finansiering av primärpreventiv behandling och rådgivning

E. Privat finansiering av sjukvård med låg eller oklar nytta

F. Privat finansiering av planerade operationer och behandlingar

G. Privat finansiering av primärvården

Ansatsen är tämligen grov – mer intäkter in i eller mer verksamhet ut ur det offentligt finansierade vårdsystemet. Man behöver egentligen, till kärnfrågan om ökad privat finansiering i sjukvården, föra till en diskussion av relevanta övergripande frågor om risker och fördelar med att skapa en riktig marknad för privata vårdförsäkringar, med privat eller offentlig drift av sjukhus och kliniker, med fri etablering eller offentlig kontroll av vårdutbud och liknande. Detta är viktiga frågor, men ligger utanför rapportens huvudsyfte.

A Ökade obligatoriska patientavgifter

Intäkter från patientavgifter i den offentligt finansierade vården är av flera slag. Patientavgifter förekommer till exempel vid uttag av läkemedel, diagnostik, besök och behandling hos läkare och hos andra vårdgivare, hjälpmedel av olika slag, vid sjukresor och vid vistelser i slutenvård.

Högkostnadsskyddet för vård och behandling uppgår till 900 kronor per tolvmånadersperiod. Högkostnadsskyddet för läkemedel inom läkemedelsförmånen (de läkemedel som hämtas ut på Apotek eller ges via ApoDos-expediering) sätter ett tak på patientens egenavgifter vid 1 800 kronor. Dessa högkostnadsskydd regleras av riksdagsbeslut. Därutöver har landstingen egna högkostnadsskydd för sjukresor.

En strategi för att öka patientintäkterna (syftet är egentligen inte att minska vårdkonsumtionen) skulle troligen bestå dels av en ökning av patientavgiften, dels av en ökning av nivåerna för när högkostnadsskydden befriar patienten från ytterligare avgifter. Patientavgiften behöver öka för att inte hela den ekonomiska bördan skall läggas på de patienter som använder sjukvården mest.

Summan av landstingens patientavgifter kan inte hämtas direkt ur bokslutssammanställningarna från Sveriges Kommuner och Landsting, eftersom de avgifter som betalas till privata

vårdgivare stannar hos dem och inte redovisas inom landstingen. De sänker ju ändå landstingens kostnader. Men man kan göra en uppskattning genom att utgå från patientavgifterna per invånare hos de landsting som har en låg andel privata vårdgivare.

Intäkter från patientavgifter för vård och behandling, exklusive för tandvård, kan anges till 450 kronor per invånare 2009, vilket kalkylmässigt summerar till knappt 4, 2 miljarder kronor. [11] Av läkemedelsförmånens totala kostnader 2009 på knappt 21 miljarder kronor svarade patienternas egenavgifter för 6,5 miljarder[12]. Totalt uppgår i kalkylen patientavgifterna inom dessa båda avgiftskategorier till knappt 11 miljarder kronor. Landstingens nettokostnad för all sjukvård var 192 miljarder kronor detta år.

11 miljarder kronor motsvarar 1 200 kronor per invånare, i praktiken ojämnt fördelat, men med ett kostnadstak per individ och tolvmånadersperiod på 2 700 kronor.

Antag att en fördubbling av patient- och egenavgifter och av nivåerna för högkostnadsskydd skulle genomföras under några år. Ett distriktsläkarbesök skulle kosta 300 kr, läkarbesök i den specialiserade vården utan remiss 600 kr (med remiss 300 kr) och besök på akutmottagningar vid sjukhus skulle kosta i storleksordningen 500-600 kr. Den trappstegvisa subventionen av läkemedel skulle inte sätta in förrän efter att de första 1 800 kronorna betalats privat (i dag startar subventionen vid 900 kr). Taket för sjukvårdsutlägg per tolvmånadersperiod skulle uppgå till 5 400 kr, i stället för dagens 2 700 kr.

Förändringen är lätt att genomföra, i en administrativ mening. Intäkterna skulle öka, om än inte fördubblas, eftersom så kraftiga avgiftsökningar nog skulle påverka vårdkonsumtionen ganska påtagligt, i varje fall under något år. Antag att intäkterna skulle öka med 9 miljarder, från 11 till 20 miljarder kronor. 9 miljarder motsvarar knappt 5 procent av nettokostnaderna för landstingen. Detta är i och för sig ett ansenligt belopp, men kan relateras till att nettokostnaderna ökar med knappt 4 miljarder per år vid 2 procents årlig ökningstakt. Skatteunderlaget för landstingen kalkyleras av SKL att öka med cirka 4 procent per år mellan 2011 och 2015, varav drygt hälften äts upp av löne- och prisstegringar.[13]

Till intäktsökningen skall föras att färre läkarbesök än annars skulle göras och att mer läkemedel inte skulle hämtas ut. En del ”onödiga” läkarbesök skulle upphöra, men även andra: Det är troligt att framför allt personer med låg utbildning och låg inkomst skulle avstå från viss sjukvård, även högst befogad sjukvård. En del kostnader skulle även kunna vältras över till kommunerna via ökning av socialbidrag.

Å andra sidan är det väl troligt att betydande delar av befolkningen skulle anse sig ha råd att betala dessa avgifter, efter en period av ”tillvänjning”. Möjligen skulle en debatt om att införa inkomstprövade patientavgifter eller högkostnadsskydd uppkomma. Avgifter i stället för skatt gynnar annars höginkomsttagare.

---

[11] *Statistik om hälso- och sjukvård och regional utveckling 2009*, SKL. Tabellbilaga E2009. Landsting med låg andel privata vårdgivare är referenslandsting.
[12] *Läkemedel – statistik för år 2009*, Socialstyrelsen 2010. Se tabell 4.
[13] *Planeringsförutsättningar 2011-2014*, Ekonominytt 19/11, Sveriges Kommuner och Landsting, 2011

B Premiumtjänster för icke medicinska vårdtjänster vid slutenvård

Förslag med denna innebörd diskuterades för tjugo år sedan, när ett offentligt sjukhus och ett försäkringsbolag övervägde att införa ett ”premiumalternativ” vid slutenvård. Det realiserades aldrig.

Tanken är att sjukvården erbjuder en differentierad hotellfunktion med olika standardnivåer och kringtjänster för patienter som vårdas i slutenvård: Ett basalternativ som i dag och ett privat finansierat premiumalternativ med högre standard. Framför allt gäller den högre standarden icke medicinska vårdtjänster: Rummets status, möjligheter till anhörigs övernattning/närvaro, högre standard och tillgång till telefon, tv med filmutbud, dator, mer exklusiv mat och dryck, tidningar, extra tillgång till värdpersonal (inte vårdpersonal!) och liknande tjänster.

Man kan även tänka sig att koppla till tjänster som ligger utanför det gängse offentliga åtagandet, som paket av hälsoundersökningar, som inte har med den nu pågående sjukdomsepisoden att göra.

Ett grundläggande syfte utöver ökade intäkter skulle vara att skapa en valfrihet inom den offentliga vårdens ram för den del av befolkningen som har betalningsförmåga och särskilda, högre standardkrav, ytterst för att hindra att denna efterfrågan i stället kanaliseras till helt privata alternativ. För förslaget talar att det medicinska innehållet i princip inte skulle påverkas, vilket ökar legitimiteten i det. Det skulle även vara ganska lätt att definiera premiuminnehållet visavi basservicenivån. Det är praktiskt genomförbart.

Landstingsfinansierade slutenvårdsdygn uppgår till över 8 miljoner per år. Avgiften per dygn i dag är i normalfallet 80 kronor (som inte skall förväxlas med en självkostnad). Antag att landstingen skulle prissätta ett premiumdygn till 1080 kronor, att tio procent av befolkningen skulle välja denna vårdform och att en lika stor andel av alla vårddygn skulle vara premiumdygn. Intäktsökningen skulle bli 800 miljoner kronor, eller 1,6 miljarder om premiumdygnet kostade det dubbla. Samtidigt skulle även kostnaden öka, vilket gör att bidraget till sjukvårdens allmänna finansiering skulle smälta undan till ganska ointressanta belopp.

Man kan även ifrågasätta att det skulle finnas någon större efterfrågan på sådana tjänster. Genomsnittlig vårdtid på sjukhus är 4-5 dagar. De flesta vårdtillfällen är akuta; patienten har således inte planerat för sjukhusvistelsen och har i allmänhet annat att vara orolig för än sjukhusets hotellstandard, särskilt om den i grunden är god, vilket är fallet i Sverige. Dator på rummet är nog viktigare för patientens barnbarn än för patienten själv.

En premium- eller lyxklassdel av en vårdavdelning skulle väcka associationer om första och andra klassens sjukvård och göda misstankar om att även sjukvårdskvalitetens medicinska aspekter är bättre i första klass. Publika data om till exempel förekomsten av vårdrelaterade infektioner skulle hårdgranskas ur denna aspekt, kan man räkna med. De symboliska riskerna med detta alternativ skall inte underskattas, även om det formellt sett är harmlöst, sett till den sjukvårdskvalitet som erbjuds.

C Premiumtjänster med högre servicenivå vid planerad vård och behandling
Huvudtanken i detta alternativ är att befolkningen ovanpå den sjukvård som ingår i det offentliga basåtagandet erbjuds att betala en extra avgift för att få ta del av olika förmåner som inte är garanterade i detta. Avsikten vore att explicit skapa en A- respektive B-status vad gäller patientens rättigheter i olika avseenden, men att alla skall ha rätt till vård och behandling av i princip likvärdig eller tillräckligt god kvalitet, i en medicinsk mening. I normalfallet skulle de eventuella medicinska fördelarna för premiumpatienten vara mycket måttliga.

Innehållet i premiumtjänsten skulle kunna vara sådant som garantier om kortare väntetider till diagnostik och behandling (”supervårdgaranti”, ”besök samma dag”), förlängda öppettider på mottagningar, mer generös tillgång till läkare- och sköterskekontakt per telefon eller mail (”heta linjen”- status), till exempel med löften om telefonkontakt utöver brevsvar i samband med svar på diagnostiska frågeställningar, rätt till hembesök från läkare och sjuksköterska, rätt att bortse från remisskrav (dock osäkert om det är en fördel för patienten), årliga hälsokontroller och liknande.

Innehållet har likheter med de fördelar som dagens privata vårdförsäkringar enligt marknadsföringen från försäkringsbolagen skall ha för patienten, vad gäller löften om högre tillgänglighet. Man kan även koppla till ett premiuminnehåll i slutenvård, som i det alternativ som ovan beskrevs. Flera av dessa tjänster är sådana som offentligt finansierade privata vårdgivare i dag i princip har rätt att erbjuda. Man måste leva upp till åtagandet som anges i familjeläkarkontraktet eller avtalet med landstinget, men har därutöver frihet att erbjuda ytterligare tjänster eller sälja tjänster till patienter med privat försäkring.

Alternativet innebär att landstingen erbjuder denna premiumtjänst till befolkningen och dessutom genom budgetar, avtal och ersättningar med sjukhus, vårdcentraler och övriga mottagningar aktivt skapar detta vårdutbud. Att differentiera vårdutbudet inom eller mellan mottagningar utifrån patientens status som bas- eller premiumpatient kommer säkert att stöta på olika svårigheter. Innehållet i premiumtjänsten behöver ges en tillräckligt tydlig beskrivning som ger stöd för vårdgivarens agerande i en vårdvardag där patienter med olika rättighetsstatus blandas. Vårdpersonalen måste släppa vissa av dagens vårdetiska föreställningar och acceptera att en del patienter skall ges företräde eller på annat vis särbehandlas, utan att det finns sakliga skäl för detta, utöver det att premiumpatienten betalat extra. Detta kan möta initialt men säkert övergående motstånd – det finns gott om utländska erfarenheter av hur försäkringsbolag inom sjukvårdsektorn erbjuder ett stort utbud av försäkringar som ger patienterna olika status och rättigheter, eller för den delen genom mutor i till formen offentliga vårdsystem.

Antag att premiumstatus skulle ges ett pris på 350 kronor i månaden, eller 4 200 kronor per år. En halv miljon köpare ger en intäkt på 2,1 miljarder, medan två miljoner skulle ge en intäkt på 8,4 miljarder kronor. Tre miljoner köpare ger en årsintäkt på 12,6 miljarder.

Det är omöjligt att bedöma hur mycket kostnaderna skulle behöva öka för att sjukvården skall kunna ge de tjänster som utlovats till premiepatienten. Om kapacitetsläget är gott kostar det lite att ge premiumpatienten förtur, utan att baspatienten missgynnas alltför mycket. Men andra premiumtjänster skulle kräva mer personaltid – hembesök, mera samtalstid per telefon,

hälsosamtal. Den privata finansieringens bidrag till sjukvården skulle öka, men det skulle även kostnaderna i vårdsystemet göra. Frånvaro av remisskrav kan göra att vårdsystemet fungerar sämre.

Men det bör vara möjligt att organisera ett bättre vårdutbud för kanske 20 procent av befolkningen, utan att totalkostnaderna ökar alltför mycket, nämligen om man accepterar en måttlig, utspädd försämring för vissa av baspatienterna. En nettointäktsökning bör alltså vara möjlig, vars storlek bestäms av betalningsviljan.

En tudelning av befolkningen i två kategorier med olika rättighetsstatus skulle ge upphov till spänningar. Det kommer alltid att uppstå olika konflikt- och bristsituationer med osäker kunskap om vilka behandlingar som är evidensbaserade och hälsoekonomiskt motiverade, med kapacitets- och kostnadsproblem, med förment eller verklig ransonering, även i ett välskött hälso- och sjukvårdssystem. Misstankar skulle väckas om att premiumpatienter gynnas även avseende medicinsk kvalitet, även om det inte var avsikten när premiumsystemet konstruerades.

En aspekt är dessutom att ju bättre kvaliteten är för baspatienten, desto svagare blir motivet för att betala en extra premie för högre kvalitet. Och, vilket är ett mera obehagligt perspektiv – ju lägre kvalitet i basvårdutbudet, desto högre blir betaljningsviljan för premiumtjänsten.

D Privat finansiering av primärpreventiv behandling och rådgivning

Detta alternativ är omöjligt att skatta de ekonomiska effekterna av, men man kan föra en principiell diskussion om en utveckling i denna riktning. Möjligen är för övrigt det primärpreventiva innehållet i hälso- och sjukvården i hög grad redan utträngt.

Innebörden är i vilket fall att alla primärpreventiva behandlingar och åtgärder i vården skulle anses vara en privat angelägenhet. När individen väl blir patient, säg efter en hjärtinfarkt, skulle sjukvården tillhandahålla stöd för rökstopp, ge kostråd och läkemedelsbehandling, som då ses som sekundärpreventiva behandlingar. Den som röker, är överviktig eller är fysiskt orörlig, som genom detta eller annat kan ha ökad risk för hjärt-kärlsjukdom, men som inte har diagnostiserad sjukdom eller tidigare sjukdomshistoria – denna individ skall inte få tillgång till behandling och råd inom den offentliga vården. Först när individen blir patient blir den offentligt finansierade vårdens resurser tillgängliga, både för den direkta vårdinsatsen och för att upprätthålla patientens hälsa i framtiden. Kriteriet för att vara patient är att risken för ny sjukdom är betydande.

Hälsovård och hälsorådgivning, liksom även riskminskande, primärpreventiv läkemedelsbehandling för den hittills friske finansieras privat. Avsikten är att minska det offentliga åtagandet och härigenom frigöra resurser till vård av patienter med större behov. Argumentet för denna avgränsning är att den betonar individens eget ansvar för sin hälsa och att gränsen redan i dag är diffus. Gympa på Friskis eller vandring med pensionärsföreningen, studiecirkeldeltagande om nyttig kost och liknande är privata aktiviteter, medan primärpreventiv läkemedelsbehandling för patienter även med låg risk i dag ges offentlig subvention.

En invändning har med den praktiska genomförbarheten att göra. Kan man göra avgränsningen mellan individ och patient, mellan låg och hög risk och mellan primär- och sekundärprevention tillräckligt tydlig, så att patient och vårdgivare vet vad som gäller? Hur hög skall risken vara för att en individ skall bli en patient? Med de uppföljningsmöjligheter och det kunskapsunderlag som i dag finns kan vi inte heller på ett bra vis följa upp i vilken omfattning blodtrycks- eller blodfettssänkande läkemedelsbehandling ges till ”individer” respektive till ”patienter”.

En mediedebatt om läkemedelsbehandling med blodfettssänkande statiner våren 2011 handlade delvis om denna fråga.[14] En grupp kritiker menade att den halva miljon svenskar som äter dessa läkemedel gör det mer eller mindre i onödan, och utsätter sig även för biverkningsrisker. Har man tidigare hjärt-kärlsjukdom eller hög risk är nyttan dokumenterad, medan nyttan vid primärprevention är mera omdebatterad.

Men, skriver en av debattörerna i ett svar, gränsen kan ”ibland vara svårbedömd. Det finns individer som aldrig haft en känd hjärtinfarkt eller stroke men ändå i sin kropp uppvisar tecken på en skadlig organpåverkan (…) kroppen börjar ta skada av riskfaktorerna, vilka i sig inte representerar sjukdom men kan bereda vägen för sjukdom”.[15] Gråzoner av detta slag är inte ovanliga inom sjukvården och är mycket svåra att hantera i administrativa regelverk.

Ett annat exempel på samma problematik är hälsoundersökningar. En privat vårdcentral i Göteborgstrakten erbjuder kunderna en privat betald hälsoundersökning för drygt 2 000 kronor, med olika prov som man hävdar inte ingår i det vanliga husläkaråtagandet.[16] Problemet är att det är egenskaper hos individen/patienten som avgör vad som ingår eller inte ingår. Har man tidigare haft förhöjda blodfetter så kan det motivera ny provtagning. I nationella riktlinjer rekommenderas patienten som oroar sig för prostatacancer att rådgöra med sin läkare om för- och nackdelar med PSA-prov. Efter genomförd diskussion får mannen som regel provet utfört inom det offentliga åtagandet. Vårdcentralens agerande kan nog ses som ett exempel på spontan insnävning av det offentliga åtagandet, för att skapa en marknad för privata vårdtjänster.

Det är svårt att med god precision beskriva innehållet i den offentligt finansierade vården. En än vidare frågeställning är hur bra det är med skarpt reglerade gränser för vad sjukvården skall göra eller inte göra. Man måste lämna utrymme för vårdgivarens tolkning av den individuelle patientens behov, liksom intensiteten i patientens önskan om behandling.

En andra invändning rör effekterna på folkhälsa och senare vårdbehov. Tanken är att sjukvårdens preventiva ansvar skall reserveras för patienter med hög risk för sjukdom. Vilka blir effekterna för den övriga befolkningen? Hur klokt är det att försöka styra innehållet i ett läkar-

---

[14] *Högt kolesterol är ofarligt för kvinnor och friska män*, Uffe Ravnskov m.fl., DN Debatt 26 april 2011, http://www.dn.se/debatt/hogt-kolesterol-ar-ofarligt-for-kvinnor-och-friska-man

[15] Peter M Nilsson, *Så ser riktlinjerna ut för statiner*, DN Debatt 2 maj 2011, http://www.dn.se/debatt/sa-ser-riktlinjerna-ut-for-statiner

[16] Gårda vårdcentral, del i Capiokoncernen. Undersökningen kostar 2 200 kronor och innehåller bland annat PSA-test, mätningar av blodtryck och blodfetter och test för tarmcancer, som alla kan ingå i det offentliga åtagandet, beroende på omständigheterna.

besök så att det inte handlar om allmänna hälsorisker, utan bara om det som just nu är aktuellt för patienten?

Överhuvudtaget är det i sjukvårdsdebatten en ökad fokus på prevention. I den amerikanska sjukvårdsreformens efterföljd reglerar man nu där vilka preventionstjänster som obligatoriskt skall finnas i en sjukvårdsförsäkring och som dessutom skall vara gratis (ligga inbakad i premien), allt för att förebygga sjukdom effektivare.

Abdikerar hälso- och sjukvården från den primärpreventiva rollen och i stället enbart koncentrerar sig på högriskindividerna, finns en risk för negativa framtida hälsoeffekter, framför allt bland lågutbildade. Självklart finns det också hos många individer starka drivkrafter till att utan yttre påverkan sköta sin hälsa. Men många agerar inte rationellt, avseende sin egen hälsa och sjukdomsrisk. Säkert 8 av 10 deltagare på ett Friskis-pass är kvinnor, trots att de flesta män rimligen är bekanta med statistiken om männens kortare livslängd och översjuklighet i hjärt-kärlsjukdom.

Svårigheter att skatta de omedelbara och förmodligen ganska måttliga ekonomiska vinsterna, genomförandeproblem och dessutom risken för ökad framtida sjuklighet är alla invändningar mot detta alternativ.

E Privat finansiering av sjukvård med låg eller oklar nytta

Om det offentliga åtagandet skall avgränsas, är det naturligt att börja med den vård och behandling som har låg eller oklar nytta. De landsting som bedriver arbete med öppna prioriteringar gör i princip detta, och redovisar i flera fall resultatet med långa listor på vårdinsatser som skall upphöra.[17] Nationella riktlinjer från Socialstyrelsen anger även kombinationer av sjukdomstillstånd och behandlingar som har låg prioritet eller som inte alls skall utföras.

Det är sällan frågan om att ta bort hela operationstyper. Höft- och knäprotesoperationer medför stor nytta för rätt patient och med en operation i rätt tid. Det är också bra om man med träningsinsatser kan skjuta upp behovet av operation. De senaste åren har antalet protesoperationer ökat kraftigt som följd av vårdgaranti och en ökad operationskapacitet, bland annat som följd av fri etablering av kliniker i Stockholm. Kriterierna för att genomföra operation varierar. För kataraktoperationer gäller något liknande. Det är möjligt att det offentliga åtagandet i praktiken vidgats på ett sätt som inte var avsett.

Nyttan av både korsbandskirurgi och framför allt av så kallad artroskopi i knäleden har uppmärksammats och ifrågasatts de senaste åren. Hur skall man se på variationen av PCI-behandling i riket, där hjärtats kärl vidgas för att förebygga infarkt? Råder över- eller underbehandling? Eller den variation mellan landstingens befolkningar som finns för olika läkemedelsbehandlingar?

Detta alternativ innebär att en nationell sjukvårdsmyndighet upprättar listor med åtgärder och tillstånd som i princip inte skall utföras med offentliga medel, eftersom nyttan är konstaterat

[17] Dokumentation om sådana arbeten kan nås via Prioriteringscentrum, http://www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/prioriteringscentrum

låg eller för att det råder stor osäkerhet om nyttan. En möjlighet är vidare att patienter som trots detta vill ha behandling kan få det på offentliga kliniker, men bara om de betalar själva. En annan att listan överlämnas till försäkringsbolag och privata kliniker, som en meny på åtgärder där det kan finnas viss privat efterfrågan, även om någon nytta inte kunnat påvisas.

Ur en konsumentpolitisk synvinkel är detta olämpligt. Om en sjukvårdsinsats anses ha osäker eller vara utan nytta bör man inte uppmuntra att det skapas en privat marknad för den. Däremot är det troligt att det ligger en ganska stor effektiviseringspotential i att använda läkemedel och andra behandlingar bara för patienter där det finns en säker eller trolig nytta. Finansieringsbördan för landstingen kan då lätta, men det vore ett samhällsekonomiskt misslyckande om det etablerades en marknad för sjukvårdstjänster med oklar nytta.

I andra situationer kanske uppkomsten av en privat marknad bör stödjas, genom en formell lista med uteslutna åtgärder, men sådana som har nytta för patienten. Kosmetiskt motiverad kirurgi, till exempel vid åderbråck eller missprydande födelsemärken, är sådana exempel. Dessa och liknande behandlingar har successivt i princip avlägsnats från det offentliga åtagandet, med eller utan stöd av politiska beslut. De ekonomiska konsekvenserna av detta har säkert varit mycket måttliga.

F Privat finansiering av operationer och behandlingar med klarlagd nytta

Ett radikalt alternativ är att deklarera för befolkningen att ett antal planerade behandlingar inte längre finansieras med offentliga medel, av strikt ekonomiska skäl. Sjukdomarna är vanliga, behandlingarna har klarlagd nytta (för rätt patient) och medborgarna uppmanas därför att ordna privat försäkringsskydd.

Urvalet av behandlingar som skulle exkluderas kan utgå från kriterier som att de skall ha en god försäkringsbarhet (vara vanliga, ha standardiserade vårdförlopp med liten risk för svåra komplikationer, ha någorlunda klara indikationsgränser och liknande) och vara sjukdomar där beslutet att avstå försäkring eller vård inte har livshotande eller förödande konsekvenser. Behandlingen skulle vara icke-imperativ; man skall i någon mening kunna avstå den.

Det går i princip att beräkna de årliga kostnaderna för en given uppsättning planerade operationer som skulle vara kandidater till att lyftas ur det offentliga åtagandet. I en kalkyl från Sveriges Kommuner och Landsting kostnadsberäknades 16 vanliga planerade operationer till 6 miljarder kronor år 2002. Detta var åtgärder som vid den tiden var typiska väntetidsoperationer och som därmed kan anses vara icke-imperativ vård (hjärtoperationer ingick dock).

Om detta belopp räknas upp med ledning av sjukvårdskostnadernas utveckling och man utgår från att volymerna är ungefär desamma, så kan den årliga kostnaden skattas till cirka 9 miljarder kronor 2009. Lägg till detta att man efter en ambitiös analys till listan för ytterligare ett antal planerade operationer eller behandlingar, där man i princip kan avstå vård. Konsekvenserna skulle kunna vara handikappande, men inte livshotande.

Antag att ett sådant paket av planerade operationer, motsvarande 20 miljarder kronor, lyfts ut ur den offentligt finansierade vården. Inget tvång till försäkring råder, utan varje individ får

frivilligt teckna försäkring, ha möjlighet att finansiera operationer på per styck-basis eller vara beredd att avstå vård. Man kan förvänta sig att kostnaden per operation kommer att ligga i spannet 10 000 till 100 000 kronor. Om 9,3 miljoner individer betalar en årlig premie på 2 500 kr är den totala premieintäkten drygt 23 miljarder. Men i verkligheten och utan reglering av detta, skulle premierna variera mycket mellan individer, beroende på deras sjukdomsrisk.

Landsting och försäkringsbolag skulle erbjuda försäkringar. Alla kommer inte att försäkra sig. Premien bör därför i princip svara mot det försäkrade kollektivets risk. Detta eftersom det finns en risk att bara de äldre eller sjukliga tecknar försäkring, medan andra avstår. Vidare finns en risk att man köper försäkring först när ljumskbråcket, artrosen, starren eller kärlförträngningen börjar ge sig till känna. Landstingen och försäkringsbolagen måste kunna skydda sig mot sådant agerande, genom premier, självrisker eller genom att försäkringen utesluter sådana sjukdomstillstånd man har när man tecknar försäkringen.

Skulle detta fungera bra, som ett sätt att minska finansieringsbördan med 20 miljarder? Gränsdragningsfrågor kommer att uppkomma. Operationer som vidgar hjärtats kärl kan vara planerade och avse patienter med låg risk – men de kan även vara halvakuta operationer, där förträngningen upptäcks efter en liten infarkt. Artrospatienter som drabbas av höftfraktur kan få ny led som akut operation, medan övriga ledartrospatienter får betala själva. Vissa av de tillstånd vars behandlingar exkluderats från den offentliga finansieringen kan progrediera till akut sjukdom. I det skedet kommer behandlingen att ha offentlig finansiering.

I detta alternativ måste vi acceptera att viss vård inte ges, även om effekterna blir handikappande för individen och leder till merkostnader för till exempel hemtjänsten och sjukförsäkringssystemet. Eller att vårdinsatsen, om den utförs, kommer att leda till skuldsättning och betalningssvårigheter. En stor majoritet av befolkningen skulle säkerligen frivilligt teckna försäkring eller ha möjlighet att betala direkt. Problemet är den minoritet som av något skäl inte tecknar försäkring eller kan betala för behandlingen vid sjukdom.

I ett samhälle med jämlikhetskrav som det svenska kan man misstänka att behandlingarna i de flesta fall si eller så kommer att utföras, om än till rabatterade priser eller som *pro bono* sjukvård, eller att sociala myndigheter kommer att medverka till finansiering via socialbidrag eller genom skuldsaneringsprogram. Detta inslag av välgörenhet och ökat beroende av socialbidrag skall ställas mot den ökade intäkt till sjukvården som förändringen skulle föra med sig.

En annan aspekt är vidare, men minst lika viktig. Det finns en möjlighet att privat finansiering av ett knippe operationer och behandlingar leder till att kriterierna (indikationerna) för behandling vidgas. I hög grad beror detta på hur vårdproducenterna agerar och om det blir ekonomiskt lönsamt för dem att vidga indikationerna. En krass insikt är att vare sig patienternas attityd eller finansiärens styrning på ett bra vis kan korrigera för ekonomiska incitament som snedvrider de medicinska bedömningarna. Denna aspekt av den amerikanska vårderfarenheten är giltig även för oss. Om risken är liten eller stor, beror på arrangemangen runt denna privat finansierade vård.

Ett annat alternativ är som sagt att ha obligatoriskt krav på försäkring eller kräva en på annat sätt påvisad betalningsförmåga. Bötesstraff kan införas, för den som inte har vårdförsäkring.

Om hela befolkningen är försäkrad med en enhetlig premie, kommer dessutom en omfördelning från friska till sjuka att ske. Å andra sidan är vi då tillbaka till ruta ett: En proportionell inkomstskatt ersätts med en öronmärkt obligatorisk årsavgift, lika för alla.

G Privat finansiering av primärvården

Detta är till både sin ekonomiska och sjukvårdsmässiga konsekvens det mest radikala alternativet. Primärvården svarar för över 20 procent av landstingens sjukvårdskostnad. Runt hälften av alla läkarbesök görs där, med variationer mellan olika geografiska miljöer. Många äldre och faktiskt eller potentiellt vårdkrävande patienter har sin huvudsakliga vårdkontakt i primärvård.

2004 föreslog en grupp hälsoekonomer att finansieringen av primärvården skulle lyftas bort från landstingen och i stället vara försäkringsfinansierad.[18] Försäkringen skulle vara obligatorisk. Utöver motivet att landstingens ekonomiska åtagande skulle blir lättare, var ett argument för förslaget att primärvården är försäkringsbar och möjlig att avgränsa, i varje fall i organisatoriska termer. Förslaget ledde inte till någon stor debatt, utan föll i glömska. Några år senare skrev förre Saco-ekonomen Jan Bröms en rapport om hälso- och sjukvården och diskuterade då, bland mycket annat, om primärvården skulle finansieras som privat konsumtion.[19]

Landstingens nettokostnad för det som definieras som primärvård i den ekonomiska statistiken uppgick 2009 till drygt 33 miljarder kronor, exklusive läkemedel i öppen vård. Distriktsläkarmottagningar svarade för drygt 17 miljarder av dessa. Därtill kommer sjuksköterskemottagningar, mödra- och barnhälsovård, sjukgymnastikverksamhet och några verksamhetsområden till.

Antag att all primärvård skulle undandras offentlig finansiering och att drygt 30 miljarder kronor i princip därmed skulle frigöras till annan sjukvård. Ingen skulle vara tvingad att ha en primärvårdsförsäkring, som dock skulle kunna erbjudas för runt 3 500 kronor, om alla skulle försäkra sig. Om bara de äldre och mest vårdkrävande försäkrar sig och övriga betalar besöksavgifterna för sitt sporadiska nyttjande av primärvården skulle premierna bli betydligt högre. Man kan räkna med att många yngre, på goda grunder, inte skulle anse sig behöva en primärvårdsförsäkring. Den ekonomiska omfördelningen mellan de friskare och de med större vårdbehov minskar, när försäkringen blir frivillig.

Men det större problemet är ett annat. Om primärvården skall betalas privat, medan den specialiserade hälso- och sjukvården finansieras med skatter, får patienterna ekonomiska incitament att rikta sitt vårdbehov mot den specialiserade vården. Denna överströmning måste dämpas, om offentligt finansierade vårdresurser skall frigöras. Om den specialiserade vården expanderar för att möta det vårdbehov som tryckts ut ur primärvården, försvinner de direkta ekonomiska vinningarna och dessutom kommer sjukvårdssystemet att fungera sämre. Arbetsfördelningen mellan allmänmedicin och övriga specialiteter kommer att skifta och vara mer styrd av patientens ekonomi än av de olika medicinska kompetensområdena.

---

[18] Bengt Jönsson med flera: *Hälsa, vård och tillväxt*. Välfärdspolitiska rådets rapport. SNS Förlag, 2004.

[19] Bröms rapport heter *Makten över behoven. Kan sjukvårdens två kulturer förenas?* Välfärdsforum, 2004

En lösning skulle vara att införa ett obligatoriskt krav på remiss från primärvården för besök i planerad specialiserad vård. Eller en differentiering av patientavgifterna, så att besök med remiss blir betydligt billigare än besök utan remiss. Det skulle under alla omständigheter uppstå olika gråzonsproblem, eftersom kompetensgränserna mellan primärvård och övrig sjukvård dels varierar beroende på tradition, dels förändras över tid.

Man skulle kunna laborera med olika lösningar för att hantera detta, men huvudproblemet skulle kvarstå. Privat och frivillig finansiering av primärvård skulle innebära att primärvårdens roll i vårdsystemet skulle försvagas, inte minst i befolkningens ögon. På olika vägar skulle vårdbehov spilla över till den specialiserade vården. En variant där barn och äldre har tillgång till offentligt finansierad primärvård skulle vara mer realistisk, men då frigörs skattemedel i betydligt lägre grad.

Den omedelbara ekonomiska vinsten kan kalkyleras och är ganska stor. Men även de negativa effekterna för vårdsystemets effektivitet är förmodligen stora, även om de inte är möjliga att uttrycka i ekonomiska termer. En betydande del av hälso- och sjukvårdens kostnader genereras av vårdbehov hos multisjuka äldre eller patienter med kroniska sjukdomstillstånd. Primärvården har en viktig roll i vårdinsatserna för dessa. Detta är skäl till att inte försvaga primärvårdens roll i vårdsystemet.

2 3 Slutsatser om privat finansierad sjukvård

I ljuset av de beskrivna alternativen: Kan vi påtagligt öka den privata finansieringen av sjukvården, utan att överge målet om likvärdig och högkvalitativ vård, lika tillgänglig för alla?

Rejäla höjningar av patientavgifter och gränser för högkostnadsskydd är lätt att genomföra, i en administrativ mening. De ekonomiska vinsterna vid en fördubbling, kanske 10–11 miljarder, är inte negligerbara men heller inte så stora, i det större perspektiv vi rör oss inom. I en internationell jämförelse av utvecklade länders vårdsystem skulle våra avgifter då bli mycket höga. De höjda patientavgifterna skulle bidra till att sänka vårdutnyttjandet hos personer med lägre inkomster och små ekonomiska marginaler. Observera att detta alternativ avser alla patienters obligatoriska avgifter, och skiljer sig därmed från de övriga, som avser tjänster som erbjuds på en marknad.

Införandet av offentligt reglerade premiumtjänster i olika varianter är svårbedömda alternativ. Betalningsviljan kanske inte är så stor, så länge basutbudet är bra. Det radikalare alternativet med högre servicenivå för premiumpatienter, med till exempel högre tillgänglighet, skulle ha stora negativa symboliska effekter, medan de ekonomiska vinningarna nog är måttliga.

Privat finansiering av primärpreventiva tjänster är ett alternativ man kan ge principiella argument för, men det finns argument som talar emot. De omedelbara kostnadsminskningarna är sannolikt små, det kan vara svårt att dra gränserna och de långsiktiga hälsoeffekterna är troligen negativa.

Sjukvård med osäker eller låg nytta bör minska eller inte ges inom den offentliga finansieringens ram. Men det vore dålig konsumentpolitik att skapa eller stödja en privat marknad

för sådan vård. Vård utan förväntad effekt skall i princip inte ges alls, även om starka patientönskemål ibland kan få rucka på detta.

Privat finansiering av planerade behandlingar med klarlagd nytta skulle minska den offentliga finansieringsbördan. Alternativet innebär att en lista med behandlingar upprättas. De överförs till frivillig och privat finansiering. Även om majoriteten försäkrar sig eller betalar, kommer en liten (?) minoritet inte att göra det. Alla får inte angelägen vård. Villkoren för denna grupp av oförsäkrade patienter skulle vålla bekymmer och vara ett ständigt närvarande samhälleligt och politiskt problem.

Privat finansiering av primärvården skulle kalkylmässigt kunna frigöra drygt 30 miljarder för landstingen. Om inte alla frivilligt försäkrar sig kommer primärvårdens ställning i vårdsystemet att försvagas. Överflyttning av vårdbehov till den specialiserade vården skulle behöva motverkas. Denna förändring skulle kunna få djupgående, men svårbedömda effekter. Den går på tvären mot olika sjukvårdspolitiska ambitioner att stärka primärvårdens position.

För att vara ekonomiskt relevant måste förändringen vara radikal, ungefär som i de två senare alternativen. Men då blir effekter på vårdsystemet mera osäkra och hälso- och jämlikhetsriskerna större. Är det värt att laborera med primärvårdens ställning för att nå en maximal ekonomisk lättnad på 30 miljarder, sannolikt betydligt mindre?

Det i en ekonomisk mening mest slagkraftiga av dessa alternativ är förmodligen att exkludera ett större antal planerade behandlingar och skapa en försäkring för privat finansiering av dessa. Om folkets stora flertal köper denna försäkring frivilligt och om de yngre och friskare accepterar (eller tvingas) att poolas ihop med äldre och sjukare kan premieskillnaderna dämpas. Men det skulle säkert uppkomma krav på bidrag eller skattelättnader för individer med sämre ekonomi. Dessutom måste de trots allt oförsäkrades vårdbehov tas om hand. Sådana särlösningar försvagar de ekonomiska motiven.

Min slutsats, efter denna genomgång av de olika alternativen, är att ökad privat och frivillig finansiering inte bör vara ett framträdande inslag i en sjukvårdspolitisk strategi för att hantera hälso- och sjukvårdens finansieringsutmaningar. Huvudargumenten är att det ekonomiska bidraget blir för litet, att de symboliska förlusterna vid ett tudelat vårdsystem är betydande, att genomförandeproblem ofta skulle bli svåra och slutligen att förekomsten av oförsäkrade patienter skulle medföra återkommande krav på obligatoriska försäkringar eller skattefinansiering. Som hittills kan måttliga avgiftshöjningar ske och vissa läkemedel och behandlingar uteslutas från offentlig finansiering – ungefär som skett de senaste decennierna. Därvid bör det stanna.

Alla alternativen bygger på ett kontrollerat, politiskt beslutat införande av ökad privat finansiering. Samtidigt är det så att den spontana tillväxten av privata vårdförsäkringar ökat. Riktigt varför detta sker är oklart. På senare tid har väntetiderna till läkarbesök och olika behandlingar minskat. Om antalet privat försäkrade fortsätter att öka från 2010 och framöver, kan detta vara inledningen på en bestående trend som kan vara svår att påverka med enbart sjukvårdspolitiska medel.

Trygg-Hansa räknar med en ökning med 20 procent 2011. Företrädare för detta och andra bolag menar i en intervju att ökningen av vårdförsäkringar ”har seglat upp som vår viktigaste löneförmån”. Vidare att innehav av vårdförsäkring blivit en livsstilsmarkör; ”man vill tillhöra det utvalda gänget som har kortet och tillgång till den arenan.”[20]

När sjukvården i ökande omfattning, framför allt i den öppna vården, drivs i privat regi skapas incitament och möjligheter till en spontan tillväxt av privat finansierade tjänster. Hur snabbt och i vilken omfattning detta kommer att ske är inte lätt att förutse. Riskerna vid en större expansion skall inte negligeras.

I ett mer näraliggande perspektiv finns det flera frågor om dagens privata vårdfinansiering som bör diskuteras. Bör de privata försäkringarna gynnas, missgynnas eller till och med förbjudas? Förbudsalternativet är illiberalare än vad som är vanligt i Sverige. Kanada, i övrigt liberalt, har en omdiskuterad lagstiftning som förbjuder privat finansierat vårdutbud, om samma vård i princip ingår i det offentliga åtagandet. Den kanadensiska sjukvårdsdebatten påverkas av oron för att vårdsystemet skulle glida i amerikansk riktning.

Omfattningen av och karaktären på den privat finansierade vården är inte i nuläget det hot mot befolkningens lika tillgång till vård som skulle motivera ett förbud. Men det finns inga skäl att skattemässigt gynna innehav av privat vårdförsäkring, som i alla fall principiellt sett utmanar idén om allas lika tillgång till vård. Därför kan det vara rimligt att en person som får försäkringen betald av arbetsgivaren förmånsbeskattas för detta. I dag skall enligt Skatteverket enbart 2 procent av premien ses som beskattningsbar förmån. Ett annat alternativ är att införa en skatt på denna typ av vårdförsäkringar, för att minska efterfrågan på den.

Vi behöver ha bättre kunskap om innehållet i den privatfinansierade vården. De läkarbesök och de behandlingar som skall rapporteras till Patientregistret vid Socialstyrelsen bör innehålla uppgift där det framgår om finansieringen är offentlig eller privat. Detta kan inte utläsas i dag.

Alla besök och behandlingar i den specialiserade vården (inte primärvården) som innehåller läkarkontakt skall rapporteras, men det finns en underrapportering från framför allt mindre privata vårdgivare. Socialstyrelsen saknar märkligt nog sanktionsmöjligheter, men även de privata försäkringsbolagen bör ha ett intresse av att skriva in dessa rapporteringskrav i avtalen med vårdgivarna.

Först när dessa data, som innehåller individuppgifter om diagnos och utförda behandlingar, finns tillgängliga är det möjligt att beskriva innehållet i den privat finansierade hälso- och sjukvården. Inte förrän då är det möjligt att värdera dess roll i vårdsystemet. Detta blir ännu viktigare i ett scenario där den privatfinansierade vårdens omfattning ökar, även om det sker från en låg nivå – sett till kostnaderna.

[20] Kent Andersson från Trygg-Hansa och Håkan Svärdman från Folksam intervjuas i *VIP-kortet ger dig snabbare vård*, Stockholm City, 9 april 2011, http://city.se/hannes/

3 Vägar till (ännu mer) effektiv hälso- och sjukvård

Genomgången av alternativ för att öka den privata finansieringen av hälso- och sjukvården reser invändningar mot en sådan sjukvårdspolitisk strategi. De flesta alternativen gav för lite intäkter. I andra är frågan i stället hur behovet av vård för de oförsäkrade och de betalningssvaga skall mötas. Jämlikhetsinvändningar kan riktas mot alla. Ytterligare konkretisering av alternativen skulle ha satt ljuset på ännu fler problem. Denna sjukvårdspolitiska väg bör därför i allt väsentligt hållas stängd, menar jag.

De viktiga frågorna rör i stället sjukvårdens förmåga till kontinuerlig effektivisering och hur denna kan stödjas, men även motverkas, av den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken. Resterande del av rapporten skall jag argumentera för att

- sambandet mellan **sjukvårdskostnad och kvalitet** inom vida kostnadsintervall är svagt och att sjukvårdens kvalitet ofta kan förbättras, utan att förutsätta högre kostnader;
- vården för den mindre **del av befolkningen som har störst vårdbehov** och tar i anspråk merparten av sjukvårdens resurser är för lite uppmärksammad och en nyckelfaktor;
- den ofta stora **variationen i vårdkonsumtion** visar hur töjbar sjukvården är, att **variation i vårdtider och kostnad per prestation** ofta är stor trots att behandlingarna är etablerade**;**
- **användning av behandlingar med oklar nytta** borde studeras och följas upp mycket mera systematiskt än vad som sker i dag;
- **öppna kvalitetsjämförelser** har haft goda effekter, men det finns risker och det räcker inte heller att publicera data; det krävs mera aktiv värdering och ”verkstad”;

3 1 Kräver bättre kvalitet högre kostnader?

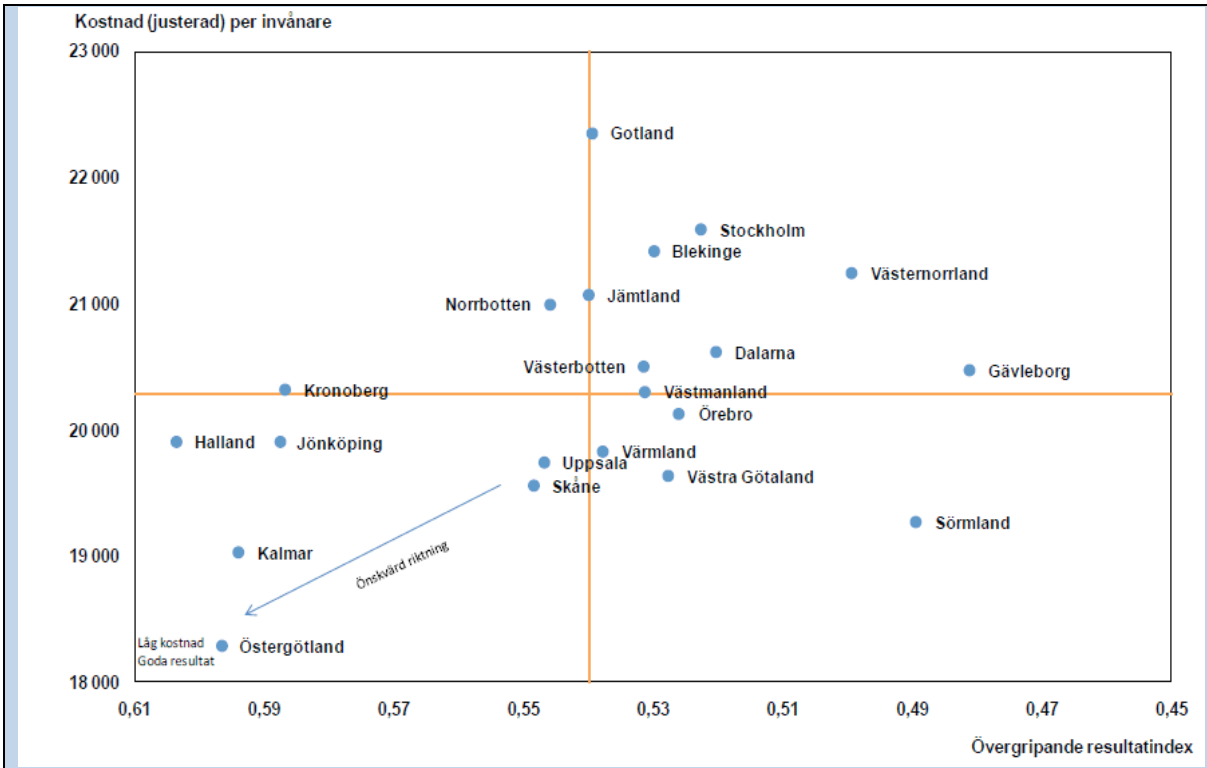
Är det bättre/sämre kvalitet i de landsting eller sjukvårdsmiljöer där kostnaderna är högre/lägre, och vilka slutsatser skall man då dra av detta? Diagrammet nedan syftar till att belysa relationen mellan kostnader och kvalitet.[21] Landstingen är inplacerade dels efter strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare, dels efter kvalitetsranking enligt ett kvalitets- eller resultatindex som SKL ställt samman. Landstingen med placering ned mot det sydvästra hörnet har låga kostnader och hög kvalitet enligt detta index, och vice versa.

De strukturjusterade kostnaderna tar hänsyn till variation i vårdbehov och vissa andra förutsättningar för sjukvården i de olika landstingen. Modellen för att bedöma vårdbehov och justera de faktiska kostnaderna kan alltid diskuteras (den är nu föreslagen att förändras, för övrigt), men för vårt syfte är detta inget viktigt problem.

Kostnadsvariationen sträcker sig från Östergötlands drygt 18 000 kronor per invånare till Stockholms 21 500 kr (om man bortser från det lilla Gotland), en differens på 2 500 kr. Det är

[21] Diagrammet visas i *Ekonomirapporten. Om landstingens och kommunernas ekonomi – december 2010.* Sveriges Kommuner och Landsting, 2010

naturligtvis spännande att fråga sig dels om Östergötlands lägre kostnader nåtts till priset av lägre kvalitet, dels om andra landsting skulle kunna nå denna lägre kostnadsnivå med minst bibehållen kvalitet. Stockholms ”merkostnad” motsvarar 5 miljarder kronor eller sjukvårdskostnaden för cirka 250 000 personer, vid rikets kostnad per invånare. En djuplodande jämförande studie av dessa två landsting skulle kunna ge oss värdefull förståelse av frågor om kostnader och kvalitet i sjukvården.



Strukturjusterad kostnad per invånare och övergripande resultatindex 2009. Källa: SKL

Kvalitetsmåttet är ett resultatindex som är skapat av den mest auktoritativa sammanställningen av kvalitetsmått för sjukvården som finns att tillgå, den i rapportserien *Öppna jämförelser*.[22] Urvalet av kvalitetsmått är inte godtyckligt, men heller inte representativt i meningen att alla viktiga kvalitetsdimensioner speglas. Tillgången på kvalitetsdata är den viktigaste faktorn bakom urvalet. Dessutom tillkommer viktningsproblemet, att alla mått inte är lika viktiga, rimligen. Hur väga överlevnad efter infarkt, funktionsförmåga efter stroke och komplikationsfrihet vid höftprotesoperationer i förhållande till varandra och i förhållande till patientnöjdhet och korta väntetider till besök? Invändningar som dessa gör att man inte skall sätta någon större tillit till detta resultatindex som ett mått på ett landstings ”totalkvalitet”.

[22] *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, 2010.

Vad diagrammet säger är att flera landsting med låga kostnader har en god kvalitet, vid en rak summering av mått som förekommer i *Öppna jämförelser*. Likaså att det finns landsting med höga kostnader som har jämförelsevis sämre utfall för dessa mått. Mer kan vi inte säga, men detta är ändå ganska intressanta iakttagelser, som startpunkt för en diskussion. Särskilt intressant vore det att närmare förklara Östergötlands låga kostnader och resonera om den tänkbara kopplingen mellan kvalitet och kostnader utifrån denna analys.

Merparten av sjukvårdens kostnader är personalkostnader. Om personaltimmarna används till kontakter med patienter kan man förmoda att detta resulterar i högre kvalitet. I denna mening finns det ett starkt samband mellan kostnader och kvalitet. Men mitt intryck är att de kvalitetsindikatorer som oftast används vid kvalitetsuppföljning i sjukvården ofta inte är särskilt starkt kopplade till resursförbrukning, ens logiskt sett. Jag skall ge några exempel på detta.

För hjärtinfarktvård finns det ett kvalitetsindex baserat på nio olika kvalitetsmått. Alla sjukhus rapporterar till Riks-Hia, det kvalitetsregister som håller i detta. De flesta måtten avser patienternas läkemedelsbehandling. Alla läkemedlen är billiga, sedan patentutgång gjort att kostnaden för det kvarvarande dyra läkemedlet nyligen sjönk från 17 till under 1 krona per dygn. Ett mått avser kranskärlsröntgen, en undersökning som kostar 10 000 kr, ett annat PCI-behandling för den mindre grupp som drabbats av stor hjärtinfarkt, med små eller inga merkostnader jämfört med tidigare vårdpraxis vid infarkt. Den viktigaste kvalitetsförbättringen nu är att korta tiden mellan EKG och behandling, vilket troligen inte är en kostnadsfråga. Skillnaden mellan hög och lägre kvalitet i hjärtinfarktvården enligt detta kvalitetsindex beror inte på sjukhusens olika resursnivåer.

Något liknande gäller de vanligaste kvalitetsmåtten för strokesjukvård. Har man en funktionell grundstruktur för en klinik, med lagom antal vårdplatser, tillgång till diagnostik och personal med rätt kompetens, så kan man förbättra sina resultat i de viktigaste kvalitetsmåtten, utan att detta förutsätter ökade kostnader. Särskilt gäller detta akutfasen av vården. Om patienterna är missnöjda med eller skulle dra nytta av ökad rehabilitering, så kan detta kräva ökade insatser (personaltid) och därmed kostnader.

Vissa mått som förekommer i nationella kvalitetsjämförelser är sådana att förbättringar med nödvändighet medför ökade kostnader. Det gäller framför allt mått som visar hur stor andel av patienterna som får en rekommenderad behandling med en hög behandlingskostnad per patient, som läkemedel vid MS och reumatoid artrit, vissa cancerläkemedel och även operationer, till exempel vid svår hjärtsvikt eller vid fetma. Ett års behandling eller en operation kan ha en kostnad på 200–300 000 kronor. Operationer vid svår fetma är ett aktuellt exempel där det nu sker en snabb expansion, vilket naturligtvis medför ökade kostnader på kort sikt. Om de långsiktiga effekterna är positiva, till exempel genom att diabetesförekomsten minskar bland de opererade, så kan operationen medföra ekonomiska fördelar på längre sikt. Men i exempel som dessa är det en direkt koppling mellan den uppmätta kvaliteten (egentligen antalet behandlade) och kostnaden. Den kritiska frågan blir då att välja rätt patient för den aktuella behandlingen, den som har god nytta.

Framför allt för läkemedel finns det en cykel där ett läkemedel är dyrt de första åren och blir radikalt billigare när patentet gått ut. Kostnadseffekterna kan vara påtagliga. För Västra

Götalandsregionen minskade kostnaden för ett blodproppsförebyggande läkemedel med 75 procent mellan två år.[23] Eller så visar kliniska studier att ett läkemedel med lägre kostnad är likvärdigt ett dyrare. Landstingen brukar snabbt uppmärksamma detta, sätta mål och bedriva uppföljning för att stödja förskrivning av det billigare läkemedlet. Ett tredje scenario är att kliniska studier leder till att behandlingsregimen förändras. Herceptin är ett läkemedel som används vid bröstcancer och har god effekt, men som även har hög kostnad per patient, över 300 000 kronor. Behandlingen sker normalt i ett års tid. Studier pågår nu för att se om 9 veckors behandling har lika god effekt, vilket vore värdefullt för patienterna, eftersom behandlingen kan ge biverkningar. Det skulle också radikalt minska kostnaden per behandlad patient.

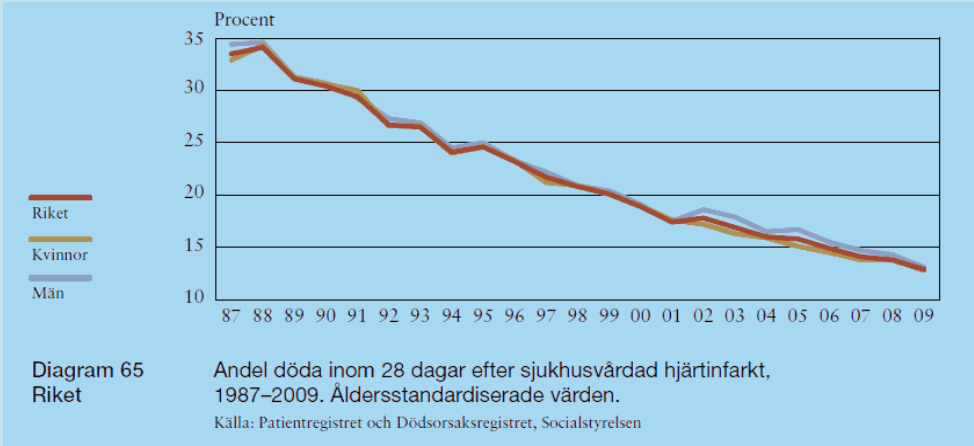
Faktorer som dessa gör att kostnaderna för läkemedel sedan flera år inte längre ökar som andel av de totala sjukvårdskostnaderna. Det gäller även de omskrivna cancerläkemedlen, som i debatten anförts som exempel på ny, kostnadsdrivande medicinsk teknologi. Längre tillbaka i tiden ökade läkemedelskostnaderna långt mera än de samlade sjukvårdskostnaderna.

Ny teknik, kostnader och kvalitet – exemplet hjärtinfarktvård

Det finns en spänning mellan två tidsperspektiv i frågan om sambandet mellan kostnader och kvalitet. I ett mera kortsiktigt perspektiv och utifrån de flesta av de kvalitetsmått som i dag används, är inte kostnadsnivån en viktig förklaring till sjukhus och landstings kvalitetsutfall. Det är annat som avgör; det är ofta möjligt att öka sin uppmätta kvalitet utan att kostnaderna ökar. I ett långsiktigt perspektiv är det frågan om huruvida ny, kvalitetshöjande medicinsk teknologi obönhörligen ökar kostnaderna, som i exemplen ovan, eller i vilken mån detta kan kompenseras genom att även kostnadssänkande medicinska innovationer sprids. Denna fråga är kritisk för diskussionen om sjukvårdens framtida finansiering, men nog omöjlig att besvara, annat än anekdotiskt och med hjälp av fallbeskrivningar.

Vården vid hjärtinfarkt och ischemisk hjärtsjukdom är ett exempel där stor kvalitetsförbättring skett, med samtidigt hanterliga eller goda kostnadskonsekvenser. För det första har antalet fall av hjärtinfarkt i befolkningen minskat, i en långsiktig trend. Det beror huvudsakligen inte på sjukvårdens insatser. Andelen döda 28 dagar efter infarkt har sedan slutet på 80-talet sjunkit radikalt, med 20 procentenheter till under femton procent. Vårdtiderna på sjukhus har kortats och de använda läkemedlen är billiga.

[23] *Kostnadsutveckling för läkemedel i Västra Götalandsregionen 2011-2012*, Västra Götalandsregionen 2011. Denna rapport är ett bra exempel på hur landstingen följer och prognostiserar kostnadsutvecklingen på olika läkemedel.



Källa: Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, 2010

Sedan 1990-talet har antalet patienter med förträngda hjärtkärl som opererats med bypass-kirurgi halverats. Denna resurskrävande operation har i ökande grad ersatts av PCI, ballong-vidgning av kärlen. Behandlingen är jämförelsevis billig, skonsam för patienten och har goda resultat. Nu görs ungefär 18 000 PCI-behandlingar per år och antalet ökar inte längre. En aktuell trend är att man går in i kärlen via handleden i stället för i ljumsken, vilket medför färre komplikationer och kortare vårdtider. Det kommer att bli allt vanligare att detta ingrepp görs i öppen vård – en stor kontrast mot bypass-operationen med samma syfte, där man öppnar bröstkorgen och patienten behöver vårdas på sjukhus i 8–10 dagar.

Antalet PCI-centra har ökat och kapaciteten har växt kraftigt. I grunden är detta en optimistisk berättelse om sjukvårdens effektivisering, med innebörden att ny teknik medför effektivis-ering. Men man kan ställa en kritisk fråga om PCI-expansionen har gått för långt eller i alla fall peka på att den frågan egentligen inte blivit ställd, på ett auktoritativt sätt. Detsamma gäller många andra sjukdomar och behandlingar: Teknikutvecklingen skapar potentialer som realiseras på ett bättre eller sämre sätt. Den avgörande frågan är vilka styrmekanismer det finns i vårdsystemet, för att säkerställa bästa möjliga realisering av denna potential. Är styr-mekanismerna väl utformade i dag?

Kvalitetsbristkostnader och potentiella vs realiserbara kvalitetsförbättringar

En annan aspekt är spänningen mellan potentiella och realiserbara kvalitetsförbättringar. Ta dagens diskussion om vårdplatsknapphet. Vi kan utgå från att vid flera sjukhus i Sverige, oklart hur många, är detta ett reellt problem som ger upphov till kvalitetsförluster, även om vi inte kan mäta dem. Patienter skrivs ut för tidigt, vårdas på fel avdelningar och jakten på vård-platser tar onödig tid från vårdpersonalen. Kräver kvalitetsförbättring att kostnaderna ökar, genom att vårdplatsantalet ökar?

Det finns en rad uppgifter som tyder på att vårdplatsanvändningen även i Sverige kan effektiviseras, trots att vi har få akutsjukvårdsplatser i internationella jämförelser (se exempel i nästa avsnitt). Medelvårdtider varierar och förekomsten av så kallad undvikbar slutenvård och återinskrivningar i vanliga sjukdomar tyder på att det finns *potentiella* möjligheter att minska vårdplatsanvändningen. Dilemmat är förstås att detta inte kan kommenderas fram och

kan ta tid att göra, medan patienterna i stadig ström anländer till akutmottagningarna här och nu.

Något liknande gäller för merkostnader till följd av kvalitetsbrister och misstag i sjukvården. Det finns en växande litteratur om så kallade kvalitetsbristkostnader och även grova kalkyler av hur stora kostnaderna kan vara. Den stora osäkerheten rör naturligtvis i vilken mån dessa kvalitetsbrister i den verkliga sjukvården kan undvikas och hur. Följande illustrationer av kvalitetsbristkostnader är hämtade från en färsk SKL-rapport.[24]

Inläggningar på medicinklinik som följd av *läkemedelsrelaterade problem* har i studier uppgått till 15 procent eller mer av alla inläggningar, vilket för riket motsvarar 60 000 inläggningar med en kalkylerad kostnad på 2,5 miljarder. Baserat på en studie från Socialstyrelsen förekommer det *vårdskador*, således skador uppkomna vid sjukhusen, i nästan 9 procent av alla somatiska slutenvårdstillfällen, som då förlängdes med i genomsnitt sex vårddygn. Överfört till riket är detta 120 000 vårdtillfällen, 700 000 vårddygn och nästan 6 miljarder kronor, om vårddygnet kalkyleras till 8 000 kr. *Vårdrelaterade infektioner*, som är en vårdskada, mäts i nationella mätningar i SKL:s regi. Sådana infektioner förlänger vårdtiden och förekommer hos 9 procent av patienterna. Hade alla landsting haft Hallands nivå på 4 procent, hade ungefär 250 000 vårddygn, motsvarande över 2 miljarder kronor, kunnat användas för andra patienter. Kalkyler av detta slag är grova men nyttiga, eftersom de ger en uppfattning om hur stora effekterna av kvalitetsbrister kan vara.

Den analytiska poängen i diskussionen om samband mellan kvalitet och kostnader är att sambandet i dessa fall är omvänt: Låg kvalitet driver upp kostnaderna, medan högre kvalitet frigör resurser - och minskar patienternas lidande. Även om det inte vore gratis att arbeta bort kvalitetsbristerna, så kan det antas att även de rent ekonomiska vinsterna skulle bli betydande.

Summering – kostnader och kvalitet

Summeringsvis syftar exemplen ovan till att peka på två förhållanden. För det första är det troligt att skillnader i kvalitet vid en jämförelse mellan olika landsting eller sjukvårdsområden inte kan förklaras av olika kostnadsnivåer, med de mått som i dag är vanliga. Omvänt gäller även att likvärdig kvalitet nås inom ganska vida intervall för kostnad per invånare. Men det krävs närmare analyser av kostnader och kvalitet på specifika sjukdomsområden (ortopedisk sjukvård, cancersjukvård, diabetesvård etc.) för att kunna bedöma dessa samband. För avgränsade patientgrupper kan kvaliteten självklart vara starkt beroende av kostnaderna. En allmän begränsning är att det finns aspekter på kvalitet som vi i dag inte kan mäta och som kan vara kostnadsberoende.

Nya medicinska behandlingsmöjligheter är en ”utifrån” kommande faktor och ökar som regel kvaliteten. Men kostnadspåverkan och patientnytta påverkas av hur skickligt vårdsystemet tar till sig och använder dessa behandlingsmöjligheter. Det samlade sjukvårdssystemets kapacitet att förutse och värdera och den medicinska kunskapsutvecklingens möjligheter är centrala för att kunna utöva styrning. Det räcker inte med nationella riktlinjer och likartade värderande

[24] *Kostnader, behandlingsval och kvalitet – exempel på kostnadseffekter från läkemedelsbehandling, vårdkonsumtion, slutenvårdsanvändning med mera*, Sveriges Kommuner och Landsting, 2011

dokument, utan även registerbaserad uppföljning av användning av behandlingsmetoder är nödvändig – behandlas rätt patient och på rätt vis? Förmågan till framförhållning och uppföljning är ofta bättre när det gäller läkemedelsbehandling än för andra typer av behandlingar.

Även vårdorganisatoriska innovationer avseende omhändertagandet av avgränsade patientgrupper borde ses som del i den relevanta kunskapsutvecklingen. Ett aktuellt exempel på en sådan innovation är kognitiv behandlingsterapi via internet, där en mottagning nyligen belönades med en utmärkelse. Specialiserade sköterskor som övertar traditionella läkaruppgifter, till exempel genomför diagnostiska skopier, är ett annat exempel inom samma genre. Den nationella kapaciteten att stödja vårdutveckling med detta syfte är i dag närmast obefintlig.

3 2 Vården av de mest resurskrävande patienterna

Sjukvårdsdebatten handlar i ganska hög utsträckning om den del av befolkningen som inte nyttjar sjukvården så ofta och heller inte tillhör de grupper som tar mest vårdresurser i anspråk. Vårdvalsreformen i primärvård tar sikte på att *hela* befolkningen skall välja läkare eller i alla fall vårdcentral, även den betydande del av befolkningen som är ”lågkonsumenter” av sjukvårdstjänster. Vårdgaranti och tillgänglighetsmätningar avser per definition *nya* patienter (nybesök) i planerad vård, inte de som har regelbundna vårdkontakter eller blir akut sjuka. Den nationella patientenkäten visar *alla* patienters erfarenheter av vården.

Detta är kanske inte så konstigt, dels för att vårdsystemet är till för alla och för att sällannyttjarna är så många, dels för att tillgängligheten för de relativt sett friska eller ”sällan-sjuka” ofta ansetts vara ett huvudproblem i den svenska hälso- och sjukvården, medan vården fungerar bra i andra avseenden.

Fördelningen av hälso- och sjukvårdens vårdinsatser och kostnader i befolkningen är koncentrerad: En mindre del av befolkningen och av patienterna och en viss typ av sjukdomsepisoder svarar för stora andelar av kostnaderna. Detta betyder att vårdsystemets samlade effektivitet i hög grad är avhängigt hur väl man lyckas tillmötesgå dessa relativt sett få patienters behov. Skillnader i produktivitet vid 80 000 kataraktoperationer väger lätt jämfört med de slutenvårdstillfällen som patienter med svår hjärtsvikt tar i anspråk varje år.

Det finns ingen stark tradition av att redovisa och analysera resursanvändningen i sjukvården så att denna aspekt av hälso- och sjukvården framgår. Oftast är redovisning baserad på organisatoriska enheter, vårdcentraler och kliniker, inte på sjukdomsgruppers eller individers vårdutnyttjande. Men både i Sverige och utomlands finns olika analyser av kostnadsfördelningar och olika arbeten för att förbättra vården för de mest resurskrävande patienterna – multisjuka äldre, patienter med kronisk sjukdom eller vård i livets slutskede.

Hälso- och sjukvårdskostnadernas fördelning

I en rapport från Socialstyrelsen analyserades kostnader för vård och omsorg i Region Skåne 2003.[25] Personer 65 år och äldre utgjorde 17 procent av befolkningen men svarade för 37 procent av sjukvårdskostnaderna i regionen. I sin tur svarade tio procent av de mest kostnadskrävande i gruppen äldre för närmare två tredjedelar av de äldres hela sjukvårdkostnad. Inom

[25] *Äldres vård och omsorg i Skåne ur ett kostnadsperspektiv*, Socialstyrelsen 2006

olika vårdtunga diagnosgrupper gäller att 20 procent av patienterna svarar för halva kostnaden. Mest slående är uppgiften att 3,5 procent av befolkningen svarade för halva hälso- och sjukvårdskostnaden, vilket även visades i en analys i Skåne fem år tidigare. Merparten av kostnaderna för dessa individer avser slutenvård vid sjukhus.

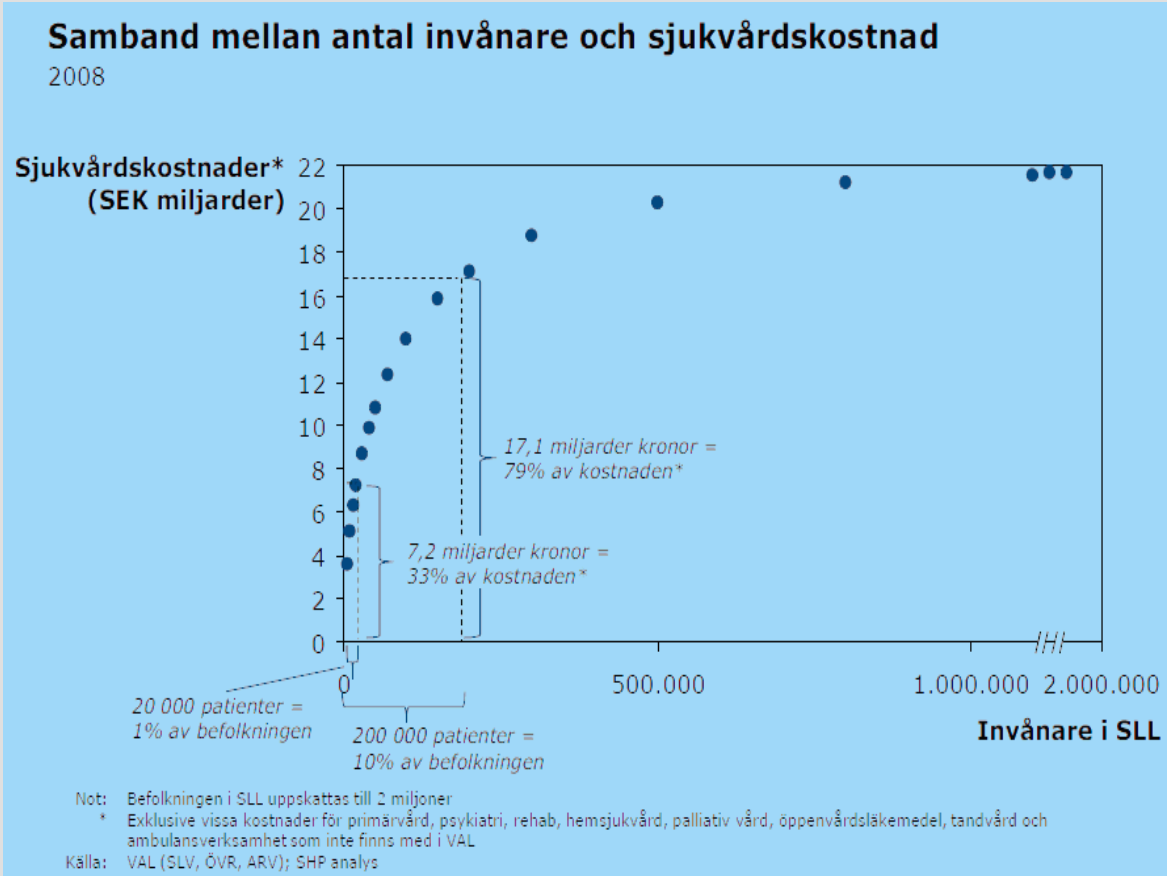
En något färskare kartläggning av de mest vårdtunga patienterna har gjorts i SLL, Stockholms Läns Landsting.[26] Den visade, vilket ses i diagrammet på nästa sida, att 1 procent av befolkningen (20 000 individer) stod för 33 procent av de studerade sjukvårdskostnaderna. 10 procent av befolkningen svarade för nästan 80 procent av kostnaderna. Den slutna somatiska vårdens kostnader var än mera koncentrerad: 1 procent av patienterna svarade för 48 procent av kostnaderna.

De 20 000 individer som utgör denna procent har ofta hjärt- och kärlsjukdomar och flera samtidiga sjukdomar. Vård vid höftfraktur, stroke och hjärtsvikt är diagnoser med höga kostnader. Patientgruppen skrivs in på sjukhus i genomsnitt fyra gånger per år, varav majoriteten är akuta inläggningar. 500 patienter har över 10 akuta inläggningar på sjukhus per år. En intressant (och glädjande) aspekt är att det inte är samma individer som år efter år ingår i den mest vårdtunga gruppen. Av de 20 000 mest vårdtunga patienterna år 2008 var bara 20 procent bland de mest vårdtunga året innan. Patienterna som lämnar gruppen vårdtunga gör det för att de avlider (32 procent) men framför allt för att de är friskare och har ett mindre vårdbehov.

Det finns även aktuella arbeten som kartlägger både hälso- och sjukvårdskostnader och äldreomsorgskostnader. Ett drivs av SKL och avser multisjuka äldre, som avser personer äldre än 75 år som vårdats på sjukhus minst tre gånger med tre eller flera diagnoser den senaste 12-månadersperioden.[27] Kartläggningen av kostnader ger en snarlik bild, med stora variationer bland de knappt 300 individer vars vård och omsorg studerats. Hos äldre med jämförelsevis låga kostnader är fördelningen mellan landsting (sjukvård) och kommun (äldreomsorg) jämn, medan högkostnadsindividerna har en hög slutenvårdskostnad, som ger en högre kostnadsandel för landstinget i sammanställningen.

[26] *Utveckling av innovativa och fokuserade beställarstrategier för bättre hantering av vårdtunga patienter*, Stockholms Läns Landsting, 2009

[27] *Vårdens och omsorgens kostnader för de äldre*. Konferenspresentation 15 mars 2011; Maj Rom är projektansvarig på Sveriges Kommuner och Landsting, med adress maj.rom@skl.se



Källa: Stockholms Läns Landsting, se not 26

De landsting som har så kallad KPP-redovisning (Kostnad Per Patient) har utmärkta möjligheter att följa vårdinsatser och kostnader per individ, för de mest resurskrävande patienterna. Det finns även exempel på att KPP-data används för att hitta kvalitetsbrister, trots att detta inte är syftet med denna modell för kostnadsredovisning. De mest kostnadskrävande patienterna kan ha vårdförlopp som i retrospektiv tyder på misstag – med intensivvård, svåra komplikationer efter operationer, fall på sjukhus eller återinläggningar på sjukhus kort tid efter utskrivning.

Syftet med kartläggningar som dessa är att i förväg identifiera de individer som har hög risk för att utveckla ett stort sjukvårdsbehov, för att kunna förebygga detta behov.

Aktiv hälsostyrning *för att påverka vårdbehoven*

Nyckelfrågan är om bättre vårdinsatser kan påverka det framtida vårdbehovet. Ett brett mått på detta, som inte bara avser de mest vårdkrävande patienterna, är förekomsten av så kallad undvikbar slutenvård i landstingen. Hypotesen är att om patienter med vissa sjukdomstillstånd får ett bra omhändertagande i den öppna vården, så kan man förhindra ”onödiga” inläggningar på sjukhus. Bland de diagnoser som valts är kroniska eller mer långvariga åkommor som astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtyck, kroniskt obstruktiv lungsjukdom och kärlkramp. Vid senaste mätningen hade drygt 100 000 personer ett eller flera sådana slutenvårdstillfällen

under ett år, med cirka en miljon vårddagar – som naturligtvis i praktiken inte alla är undvikbara.[28]

Det pågår olika utvecklingsarbeten med denna inriktning runtom i Sjukvårdssverige. *Disease management* är en engelsk term för en distinkt arbetsmodell som försvenskats till *aktiv hälsostyrning*. I denna erbjuds patienter med specifika sjukdomar att ingå i ett program med i förväg bestämda vårdkontakter, ofta med en sjuksköterska i huvudroll. I Stockholms Läns Landsting (SLL) genomfördes 2010 två sådana pilotprojekt för patienter med hjärtsvikt respektive patienter med många akutmottagningsbesök.[29] För hjärtsviktspatienter finns studier som visar att sådana program ökar patienternas livslängd och livskvalitet och även minskar vårdutnyttjandet. Om erfarenheterna från SLL-projektet är lika positiva som den tidiga uppföljningen visar, är tanken att denna arbetsmodell skall spridas inom landstinget.

Det är möjligt att likartade vårdinnovationer får en spontan spridning i landet de närmaste åren. Det finns inget skäl till att begränsa sig till just denna patientgrupp eller denna arbetsmodell. Alla särskilt vårdkrävande patienter eller vårdprocesser, även till exempel vård i livets slutskede eller dialysvård, förtjänar uppmärksamhet. Landsting kan göra mycket på egen hand, men skulle dra nytta av en nationell stödfunktion. Dels för analys av vårdkostnader och bevakning av sjukvårdsutveckling med stora ekonomiska konsekvenser. Dels för utveckling och spridning av vårdinnovationer, när de prövats med goda effekter.

3 3 Variation i vårdkonsumtion och kostnader

Sjukvårdens patienter är inte konsumenter i vanlig mening, och uttrycket vårdkonsumtion ingår i en annan kontext än individuella konsumenters beslut – det avser en större population eller befolkning: Hur många dygnsdoser läkemedel, läkarbesök, slutenvårdstillfällen, vårddygn, diagnostiska undersökningar eller behandlingar av olika slag som utförs för en viss befolkning.

Det finns en numera ganska lång tradition att studera vårdkonsumtion i hälso- och sjukvårdssystem, som går tillbaka till forskare i USA på 1970-talet.[30] Variation i vårdkonsumtion mellan olika befolkningar som beror på olika sjuklighet är förväntad och legitim. Då ges vården efter behov. Men vad forskarna i USA fann var att variationen dels var så stor, dels inte kunde förklaras med att befolkningarnas behov varierade. En av forskarna, John Wennberg, formulerar innebörden målande: *The basic premise—that medicine was driven by science and by physicians capable of making clinical decisions based on well-established fact and theory—was simply incompatible with the data we saw. It was immediately apparent that suppliers were more important in driving demand than had been previously realized.*[31]

Vårdutbudet påverkar omfattningen av den vård som ges. Begrepp som utbudsstyrd vård eller *supply sensitive conditions* uttrycker samma sak. Vårdkonsumtionen kan tolkas som under-

[28] Se *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet 2010*, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.
[29] *Disease management – ett svar på det växande problemet med kroniska tillstånd?* Ann Fjellner, SLL, i föredrag på Nationella Kvalitetsregisterkonferensen 12 oktober 2010. Se vidare www.skl.se/kvalitetsregister
[30] Framför allt John Wennberg, upphovsman till den amerikanska *The Dartmouth Atlas of Health Care*.
[31] Citerat från Wikipedias artikel om Wennberg: http://en.wikipedia.org/wiki/John_Wennberg

konsumtion eller överkonsumtion, men variationen är oavsett vilket intressant. Den svenska traditionen att studera och värdera vårdkonsumtionsvariation är ganska svag, med hänsyn till att vi har goda förutsättningar, bland annat genom att alla har personnummer. Här några exempel på skillnader i vårdkonsumtion.

Statistik om antalet läkarbesök per landsting är förstås ett svårtolkat mått, men intressant eftersom det så uppenbart kan påverkas av läkarna och av vårdutbudet. Vi gör 2,8 besök per år och invånare i Sverige, medan i flera andra länder talen är betydligt högre. I Sverige varierar besökstalen från Västernorrlands 2,1 besök till Stockholms 3,5 besök per invånare och år. Stockholm ligger i en klass för sig. Differensen gentemot Västernorrland motsvarar cirka 2,8 miljoner besök, vilket kan motsvara 4–5 miljarder kronor, beroende på kostnaden per besök. Västernorrlands befolkning är inte friskare än Stockholms, snarare tvärtom. Det är uppenbart att utbudet av läkare och deras ekonomiska incitament påverkar. Även befolkningens förväntningar kan förstås spela roll. Variationen mellan sjukvårdsområden eller kommungrupper än ännu större än den mellan landsting, så jämförelsen ovan snarast underskattar skillnaderna.

Höft- och knäprotesoperationer är mycket etablerade och nyttiga ingrepp om de görs för rätt patient. Däremot finns det inte objektivt fastställda kriterier för när operation skall göras eller när man bör avvakta. Utöver röntgenresultat spelar subjektiva faktorer som patientens beskrivning av sin smärta och funktionsförmåga in. Antalet operationer i Sverige har stadigt ökat och gjorde 2009 en rejäl knyck uppåt, 8 procent för total höftprotes och 13 procent för knäprotes, jämfört med året innan.

Diagrammet nedan visar variationen mellan landsting. Grannlandstingen Västmanland och Sörmland gör lägst respektive högst antal operationer per invånare över 70 år. Mätningar som omfattar flera år skulle troligen minska skillnaderna lite. Det går heller inte att enbart peka på ekonomiska incitament som förklaring. I merparten landsting har kliniker fasta budgetar eller intäktstak, och läkare som arbetar med fast lön, inte på ackord. Men det finns skillnader även mellan dessa landsting. Dels kan det vara en resursfråga, dels kan det vara olika traditioner bland läkarna. Den ekonomiska innebörden av variationen är ganska stor. Överfört till riket, skiljer det 900 miljoner kronor mellan Västmanlands och Sörmlands konsumtionsnivå.

I en bilaga till *Öppna jämförelser* återges årligen jämförelser av vårdkonsumtion för ett mindre urval planerade behandlingar. Bilden är likartad, med tämligen stora skillnader mellan landsting. Läkemedelsförskrivningen uppvisar likartade skillnader. Antibiotikaförskrivning i Stockholm och Skåne är trettio procent högre än i Dalarna och Västerbotten; förskrivning av protonpumpshämmare mot magsjukdom är fyrtio procent högre i Skåne än i Jönköping etc. Ibland finns det en variation i sjuklighet i befolkningen, ibland finns det fler än ett behandlingsalternativ och konsumtionsmåttet speglar bara det ena – men skillnaderna speglar nog oftast en genuin behandlingsvariation, med sin grund i resursvariation, lokala sjukvårdskulturer och läkarattityder.

Särskilt vid nya behandlingar eller vid behandlingar där en snabb volymökning sker, kan variationen vara särskilt stor. Kompetensen att utföra vissa nya operationer eller använda nya läkemedel kan inledningsvis vara ojämnt spridd; då är variationen ett nödvändigt pris för kvalitetsförbättring.

Alla skillnader skall inte tolkas som att de är ett generellt uttryck för ojämlik vård i någon allvarlig mening. Variationen är inte heller vare sig ett svenskt fenomen eller ett som beror på indelningen av sjukvården i landsting. Variationen inom landsting kan vara lika stor som mellan landsting. I många länder finns det en debatt om variationer i sjukvården.

Är variationen i vårdkonsumtion som regel ett uttryck för överbehandling eller underbehandling? Frågan är omöjlig att besvara i generella termer. Antibiotika överanvänds. Det är möjligt att expansionen av protesoperationer eller kataraktoperationer är ett utryck för överbehandling i vissa landsting, men expansionen av fetmakirurgi är tvärtom ett svar på en bristsituation.

Men man kan för det första konstatera att vårdkonsumtionsvariationen har stora ekonomiska konsekvenser. För det andra ger den en god bild av hur töjbar sjukvården är och av den lokala vårdkulturens stora påverkan, och även av det problematiska i idén att ha en strikt reglering av det offentliga åtagandets omfattning i sjukvården. För det tredje är det uppenbart att vi behöver ha en nationell så kallad kunskapsstyrning som är mer kvalificerad än dagens, för att bättre kunna värdera och påverka vårdkonsumtionsskillnaderna. Att publicera data är ett steg, men bara det första, dessutom i nuläget bara halvhjärtat taget.

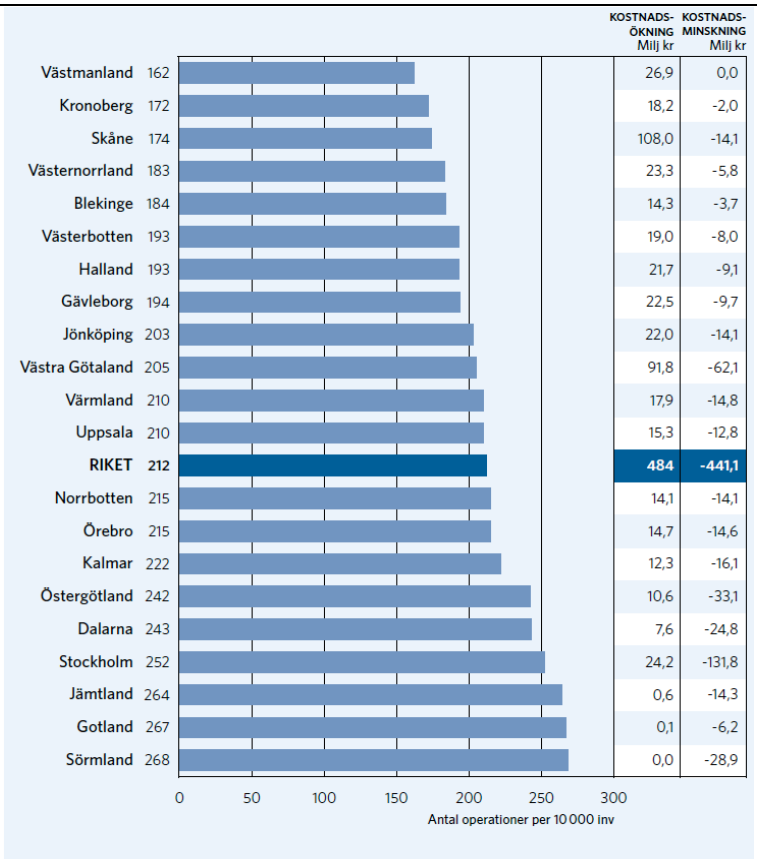


DIAGRAM 19. Antal höft- och knäprotesoperationer per 10 000 invånare >70 år samt kostnadseffekt om nivå som Västmanland respektive Sörmland, 2008.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Källa*: Kostnader, behandlingsval och kvalitet – exempel på kostnadseffekter från läkemedelsbehandling, vårdkonsumtion, slutenvårdsanvändning m m*. SKL, 2011

Kostnads- eller produktivitetsvariation
Frågan om vilken behandling som skall ges är ofta viktigare, men även kostnaderna per behandling är en viktig aspekt av sjukvårdens effektivitet. Jämförelser av produktivitet i sjukvården är ganska resurskrävande att göra på ett rättvisande sätt, om man sätter ribban någorlunda högt (= att verkligen jämföra äpplen med äpplen). Ingen har överblick över detta, men sådana studier görs till och från lokalt i landsting eller vid sjukhusen, men i mindre omfattning nationellt. Olika jämförelseuppgifter samlas löpande in av Sveriges Kommuner och Landsting, men publiceras bara fläckvis. Den ökade rapporteringen till KPP-databasen (Kostnad Per Patient) är ett uttryck för en löftesrik utveckling. Mer om den snart.

Ett mera lättbegripligt sätt att illustrera kostnads- eller produktivitetsvariation i sjukvården är att jämföra vårdtidernas längd i slutenvård, för patienter med samma diagnoser. Kostnaden för ett slutenvårdstillfälle beror på även annat än vårdtidens längd, som bemanning i olika funktioner på sjukhusen. Men vårdtidens längd är för många diagnoser den viktigaste faktorn. Någon beskrivande återkommande publicering av jämförbara data om detta finns egentligen inte, även om alla uppgifter finns i offentliga statistikdatabaser.

Ett sätt att studera detta är via andelen operationer eller behandlingar som bedrivs utan inläggning i slutenvård, i dagkirurgi.[32]Jämförelser mellan landsting uppvisar skillnader, som även dessa visar hur stor påverkan lokala traditioner har. Ett exempel är operationer för livmoderframfall, varav i riket 14 procent utfördes i dagkirurgi år 2008. I några landsting var andelen runt 50 procent, medan i andra nästan alla operationer utfördes i slutenvård. För ljumskbråcksoperationer sker över 90 procent av operationerna i dagkirurgi i Västernorrland, medan i Dalarna bara 69 procent opereras dagkirurgiskt.

Sjukhusvård för stroke, höft- och knäprotesoperationer och höftfraktur sker alltid i slutenvård, men med stora variationer mellan sjukhus och landsting. För höft- och knäprotesoperationer, som vanligen är en planerad operation, varierar medelvårdtiden från cirka sex till drygt nio dagar. Om alla landsting hade haft Östergötlands korta medelvårdtid, hade vården i riket bedrivits med 60 000 färre vårddygn.

Höftfrakturpatienter är åldriga och har en längre vårdtid på sjukhus. Skillnaderna i medelvårdtid är stora på landstingsnivå och än större mellan sjukhus. Vissa landsting har medelvårdtider på 10 dagar eller färre, andra på uppemot 15 och över. Hade alla haft Sörmlands medelvårdtider hade nästan 60 000 färre vårddygn på sjukhus skett för denna patientgrupp.

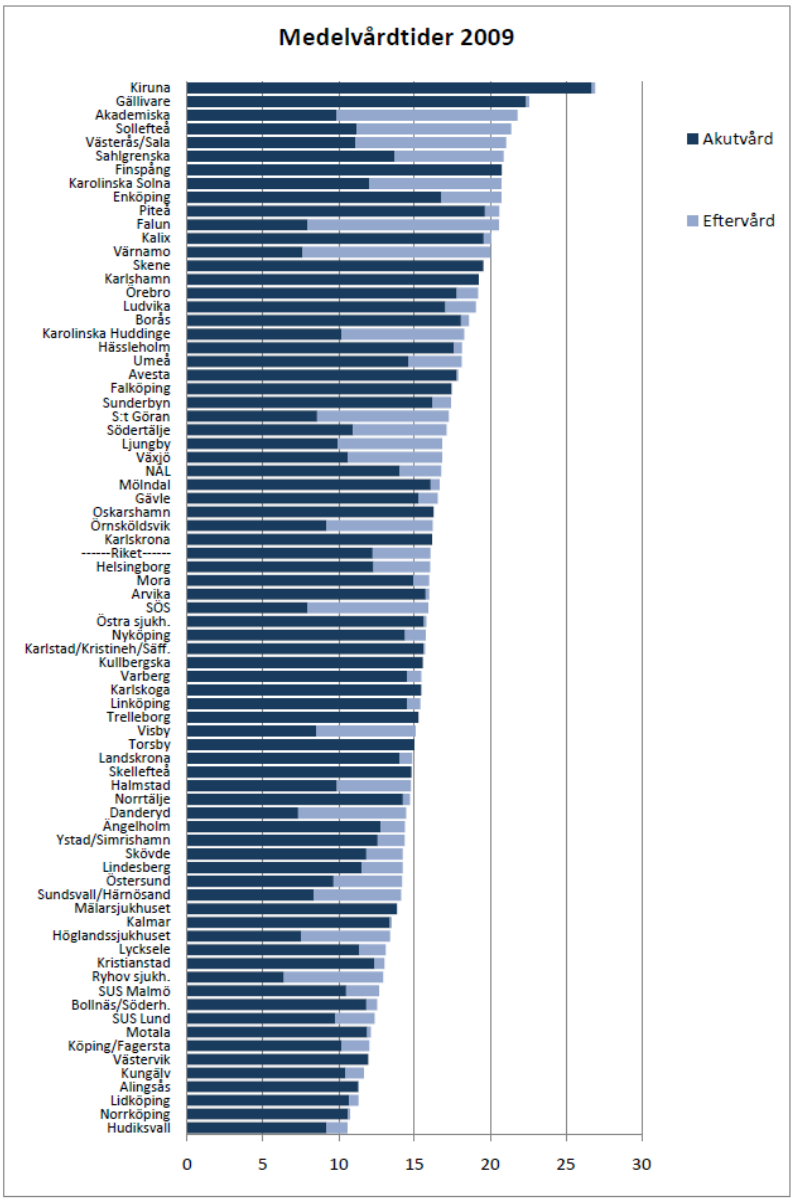
Slutligen stroke, som kanske är den enskilt mest vårdplatskrävande patientgruppen av alla i sjukvården. Dels är antalet fall per år många, cirka 30 000, dels är vårdtiden på sjukhus som regel jämförelsevis lång, eftersom patienterna har behov av rehabilitering för att återfå funkt-

[32] Uppgifterna om dagkirurgiandelar och om vårdtider för olika diagnosgrupper är hämtade från *Kostnader, behandlingsval och kvalitet – exempel på kostnadseffekter från läkemedelsbehandling, vårdkonsumtion, slutenvårdsanvändning m m*. Sveriges Kommuner och Landsting, 2011

ioner i så hög grad som möjligt. Kommunernas kostnader för patienter med stroke är betydligt större än landstingens, vilket är värt att notera.

Diagrammet är hämtat från kvalitetsregistret Riks-Stroke och visar den samlade medelvårdtiden i landstingsfinansierad vård. Viss variation kan bero på att patienterna är olika svårt sjuka. Man nämner även att rehabilitering efter sjukhusvistelsen för vissa sjukhus kan vara en förklaring till den korta vårdtiden. Men det dominerande intrycket är att variationen är stor och borde vara en källa till diskussion.

Man kan naturligtvis inte utgå från att den kortaste vårdtiden också är den önskvärda, för någon av dessa diagnosgrupper. Men om analyser och erfarenhetsutbyten mellan sjukhus visar att kortare vårdtider resulterar i lika bra vård som längre, så är det värdefull kunskap.



Figur 7. *Medelvårdtid (dagar) inneliggande på akutklinik och i landstingsfinansierad eftervård.*

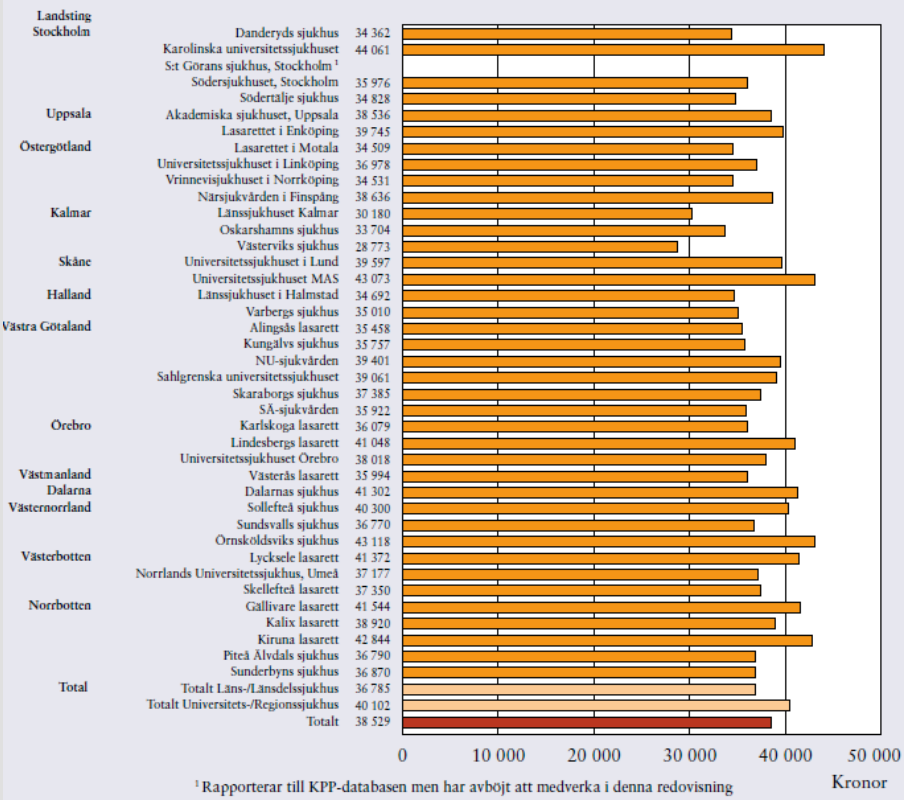
Källa: Riks-Strokes årsrapport 2009

KPP-databasen vid SKL innehåller uppgifter om diagnos, åtgärder och kostnader för (av-identifierade) individuella vårdtillfällen, framför allt i slutenvård, men i ökande grad även för öppenvård. Över 60 procent av slutenvårdstillfällena rapporteras, men andelen rapporterande sjukhus är lägre. Den viktiga poängen med denna kostnadsdatabas är att man kan beskriva vårdinsatser och kostnader för individuella fall och grupper av patienter med vissa diagnoser. Kostnadsdata per klinik eller sjukhus är mer aggregerade och därmed svårare att använda.

En svaghet med KPP-databasen är att kostnadsjämförelser mellan sjukhus för specifika bara fläckvis publiceras. Detta gör att det råder viss osäkerhet om hur jämförbara uppgifterna är. Märkligt nog har det fram till nyligen varit mer tabubelagt att publicera kostnadsdata, än att publicera uppgifter om dödlighet och andra kvalitetsmått för sjukhus. Privata sjukhuset S:t

Göran i Stockholm rapporterar till databasen, men vill inte medverka i offentliga kostnadsjämförelser, förmodligen därför att man betraktar de egna självkostnaderna som en affärshemlighet. Även Södersjukhuset i SLL avböjer att publicera kostnadsuppgifter på annat än övergripande nivå.

Diagrammet nedan visar kostnad per prestation i slutenvård, där hänsyn tagits till att sjukhus har olika resurskrävande patienter. De allra dyraste patienterna är exkluderade, för att sätta fokus på normalvårdtillfällena. Skillnaderna är som regel större när specifika diagnosgrupper jämförs. Man skall inte utgå från att ett sjukhus med höga kostnader för en patientgrupp har höga kostnader för en annan grupp. Möjligheterna till lärande är därför större än vad diagrammet ger sken av.



Källa: *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2010*, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, 2010

Ett sätt att ge en uppfattning om den ekonomiska innebörden av kostnadsvariationen är att kalkylera hur de totala kostnaderna skulle förändras om alla sjukhus hade samma kostnader som några referenssjukhus. I en färsk sådan skattning gjordes en åtskillnad på universitetssjukhus och övriga sjukhus, eftersom de förra ofta har högre kostnader än övriga, beroende på den roll man har.[33]Om alla sjukhus inom respektive kategori hade samma kostnad per prestation som de tre sjukhusen med lägst kostnad, hade den totala kostnaden för den somatiska slutenvården varit 7,6 miljarder kronor lägre.

[33] Källa – se föregående not.

Man bör inte ta kalkyler av detta slag till intäkt för att påstå att det finns en faktisk, realiseringsbar rationaliseringspotential på 7–8 miljarder: Vi har inga uppgifter om kvalitet; alla förhållanden vid sjukhus med låga kostnader är inte möjliga att överföra till alla sjukhus och slutligen kan datakvaliteten lida av olika brister.

Poängen är en annan. Både jämförelserna av medelvårdtid och produktivitetsjämförelserna i KPP-databasen pekar på en kostnadsvariation som kan användas för lärande. Med enkla medel kan en löpande redovisning av jämförbara vårdtider vid sjukhusen för de vanligaste sjukdomsgrupperna byggas upp.

KPP-databasen är en oslipad diamant. Denna typ av kostnadsredovisning är eller kan bli meningsfull för vårdpersonalen, eftersom man kan knyta an till kvalitetsjämförelser, som oftast görs för specifika patientgrupper, snarare än för organisatoriska enheter som sjukhus och kliniker. KPP-redovisningen kan spegla vårdprocesser.

Staten skulle enkelt via statsbidragen kunna uppmuntra landstingen att rapportera till KPP-databasen. SKL borde löpande presentera sjukhusjämförelser av kostnader och tillsammans med landstingen analysera kostnadsvariationen. Om ett sjukhus år efter år har 20 procent lägre kostnader än flertalet övriga och därtill har likartad kvalitet, så är detta intressant för hela vårdsystemet.

3 4 Sjukvård med oklar nytta

Finns det sjukvård med oklar nytta och hur omfattande är den? Frågan är mycket svår att besvara eller ens att föra fram i den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten. Det blir som regel strider mellan professorer om tolkningar av den vetenskapliga litteraturen, vilket är svårt att ”göra politik” av.

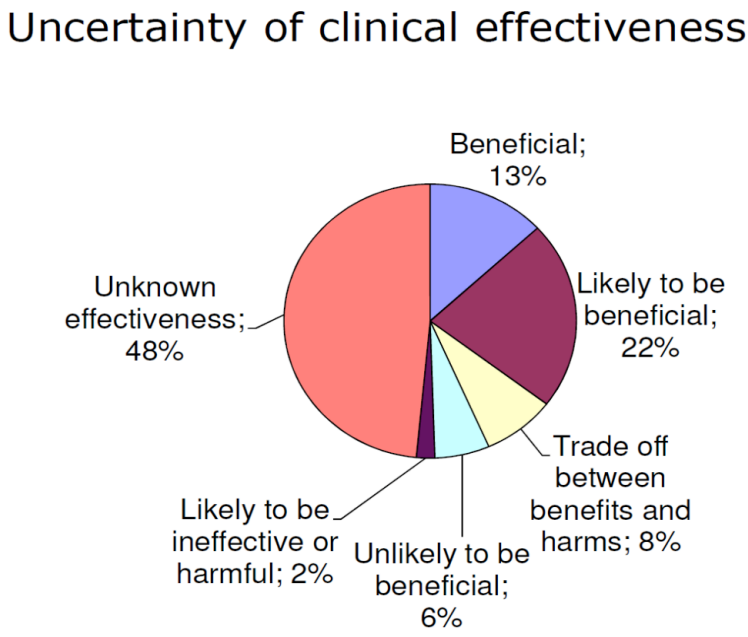
I en artikel i den amerikanska tidskriften *Health Affairs*, listar författarna fyra situationer av slöseri (*waste*) i sjukvården i en logiskt klargörande indelning: (1) Behandlingar *utan kunskapsstöd*, oavsett vid vilket tillstånd de används**.** (2*) Överanvändning av en nyttig behandling*, vid tillstånd där nyttan inte är belagd. (3) Behandlingar som *har en högre kostnad* än ett likvärdigt alternativ och slutligen (4) behandling med *viss ökad nytta* jämfört med alternativet, men med för stor ökad kostnad.[34]

Den engelske hälsoekonomen Alan Maynard återger i en uppsats en kvantitativ bedömning av hur säkert kunskapsunderlaget är för sjukvårdens behandlingar.[35] Beskrivningen är kittlande och intressant, även om det borde vara närmast ogörligt att sammanställa och klassificera den medicinska forskningen på detta vis. Att en behandling har *unknown effectiveness* betyder inte att den saknar effekt för patienten. I hälso- och sjukvårdslagen anges att sjukvården inte behöver vila på vetenskap, utan att även så kallad beprövad erfarenhet är en legitim kunskapsgrund, även om den är svårdefinierad.

---

[34] *Marginal Medicine – Targeting Comparative Effectiveness Research To Reduce Waste*, i Health Affairs, June 25, 2009

[35] Diagrammet finns i Alan Maynards rapport *Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia*, WHO 2008. Den egentliga referensen är BMJ Clinical Evidence Handbook, 2007. London, BMJ Publishing.



Källa: BMJ Clinical Evidence Handbook. London BMJ Publishing 2007.

Huvudfrågan är vilka mekanismerna är för att analysera och minska användningen av sjukvård som kan vara skadlig eller verkningslös. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer anges nu även åtgärder som inte skall utföras, de är ”icke-göra”. De åtgärder som ingår i de lägre prioritetsklasserna i den 10-gradiga skalan är i praktiken åtgärder med så begränsad effekt i förhållande till kostnaderna att de sällan bör komma i fråga. SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, har som sin uppgift att värdera sjukvårdens metoder, dess nytta, risker och kostnader.

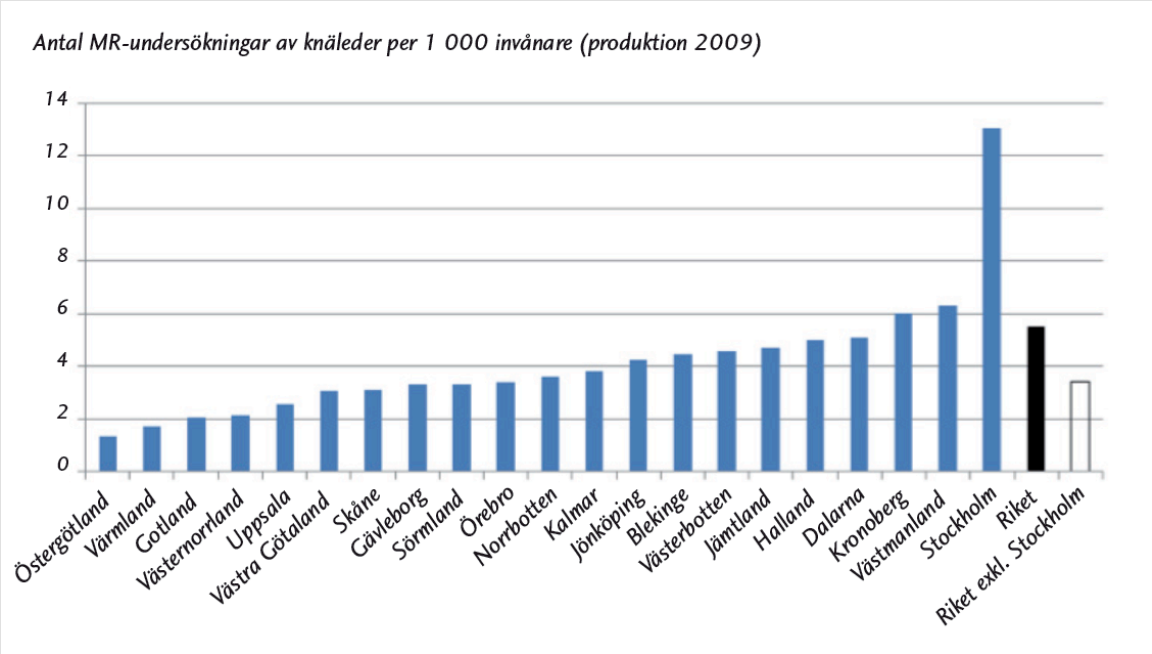
Likartade institut och organisationer finns i de flesta länder, som därför kan använda varandras resultat. I USA har man nyligen startat en mycket stor federal satsning på *comparative effectiveness research*, som termen lyder. Detta är en del av den stora sjukvårdsreformen och innebär att man jämför olika metoders risker och effekter. Kostnader och kostnadseffektivitet skall inte värderas, vilket är ett utslag av den politiska debatten i USA, av att ”ransonering” användes som ett slagträ i kritiken mot demokraternas reform.

SBU har nyligen startat ett flerårigt projekt om vetenskapliga kunskapsluckor i sjukvården. En kunskapslucka är när en behandling är otillräckligt utvärderad. På SBU:s hemsida är i maj 2011 136 sådana behandlingar och sjukdomstillstånd listade. De närmaste åren kommer SBU att arbeta med dessa och andra kunskapsluckor, kartlägga användningen av de aktuella behandlingsmetoderna, deras kostnader och annat. Kunskapsunderlaget kan därefter vara underlag för sjukvårdens prioriteringar och i den registerbaserade uppföljningen av kvalitet, till exempel i öppna jämförelser av sjukhus och av landsting.

Inomprofessionell kunskapsspridning och riktlinjer gör förhoppningsvis att SBU:s olika underlag används, men den formella uppföljningen och publicering av data är ett viktigt stöd. Ett intressant exempel på verkningskraften i offentliga jämförelser kommer under 2011. 2009 bedömdes i rapporten *Öppna jämförelser* att ungefär 8 000 av drygt 10 000 artroskopier i

knäleden var av tveksam nytta. Ingreppet gjordes 2–3 gånger oftare i vissa landsting än i andra. Uppmärksamheten i media blev stor och många landsting borde ha haft en lokal diskussion om denna överanvändning av sjukvård. Hösten 2011 kommer uppdaterade jämförelser att publiceras – då får vi se vilken effekten blev.

En förklaring till överanvändningen av artroskopier kan vara god tillgång till MR-kameror, vid diagnostik av knäproblem. Undersökning med MR beskrivs i en rapport, där man pekar på detta samband.[36] Om MR-undersökningar visar förändringar i knäet kan dessa ses som orsak till smärtan, även om orsakerna är andra. På detta vis riskerar (för många) MR-undersökningar att leda till (för många) artroskopier. I rapporten visar man även hur många MR-undersökningar av knä som görs i landstingen, vilket är intressant i sig.



Källa: Rapport 2011:01 från samarbetsprojektet Nationella medicinska indikationer, Socialstyrelsen

Det görs cirka 50 000 MR-undersökningar av knäled varje år. Att variationen mellan många landsting är anslående framgår tydligt i diagrammet. Stockholmarnas nyttjande av MR-undersökning vid knäbesvär är mer än dubbelt så hög som den i landsting nummer två och nästan fyra gånger så hög som resten av rikets. Förekomsten av knäproblem i befolkningen kan rimligen inte förklara detta. I stället är det utbudet av MR-kameror och remitteringsvilliga läkare som tillsammans resulterar i ett konsumtionsmönster i Stockholm, som avviker stort från andra landstings.

Användning av artroskopier i knäled och MR kunde bli ett intressant pilotprojekt i ett arbete för att minska omfattningen av sjukvård med oklar nytta: Vilken styrning krävs för att få till stånd en användning som är i bättre samklang med befolkningens behov och med sjukvårdsfinansiärens och forskningens bedömning av nyttan?

[36] *Indikation för magnetkameraundersökning vid knäbesvär*. Rapport 2011:01 från samarbetsprojektet *Nationella medicinska indikationer*. SBU, Socialstyrelsen, Läkaresällskapet och SKL samarbetar om projektet.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsnämnden (TLV) har i uppgift att värdera effektiviteten av läkemedel. Kanske kan SBU:s och Socialstyrelsens olika arbeten bidra till ökad uppmärksamhet för överkonsumtion och sjukvård med oklar nytta, som borde bli ett sjukvårdspolitiskt tema i högre grad än i dag. Det krävs inte bara sammanställningar av den kliniska och hälsoekonomiska forskningen, utan även att det finns tillgång på data från den svenska sjukvården och kompetens att värdera dessa. Inte minst det senare är resurskrävande. Viktigast av allt är attityden – att vård med låg eller oklar nytta måste ifrågasättas.

3 5 Kvalitetsjämförelser som stöd för effektivisering

Öppna jämförelser har de senaste åren blivit ett samlingsbegrepp för olika kvalitetsjämförelser i offentliga sektorn, utöver för hälso- och sjukvård även för skola och äldreomsorg. För hälso- och sjukvården svarar Socialstyrelsen och SKL tillsammans för den mesta officiella publiceringen.[37] Grundtanken är enkel. Man ställer samman bästa möjliga urval av indikatorer eller mätetal om främst vårdkvalitet, men även mått som speglar kostnader. I en rak och enkel presentation, med fokus på tydliga diagram och lätt tillgängliga texter, jämförs landsting med landsting och sjukhus med sjukhus.

Indikatorerna speglar resultatmått, som död, återkomst av sjukdomen, funktionsförmåga eller komplikationer i samband med behandlingar. Resultatmåtten kan också vara baserade på patientens uppfattning: Är man nöjd med behandlingens resultat, efter ett halvår eller ett år? Andra mått är processmått, som beskriver om patienter får den rekommenderade behandlingen. Också mått om tillgänglighet, patienterfarenheter av vården samt kostnader ingår.

Syftena är två. För det första sporrar man till lärande och förbättring, att goda resultat sprids till fler. Men det finns i detta även en jämförelsekonkurrens, där den professionella stoltheten utmanas: Alla vill lyckas bra och ingen vill ge vård av lägre kvalitet än andra. Jämförelserna kan även vara ett stöd för den nationella sjukvårdspolitiken och dess krav på likvärdig vård. Ett andra syfte har med transparens och öppenhet att göra. Sjukvårdens effektivitet är en angelägenhet för alla. Jämförelser av resultat är ett stöd för den sjukvårdspolitiska debatten och skapar möjligheter till ansvarsutkrävande.

Utvecklingen i Sverige är en del i en internationell trend, med fokus på mätbara resultat och mål. Intressant nog gick i Sverige några nationella kvalitetsregister, med bas i läkarkårens olika specialiteter, i bräschen för denna utveckling. I en stegvis ökning de senaste fem–sex åren publiceras nu rader av vårdjämförelser, av mer eller mindre god kvalitet: Av Socialstyrelsen, SKL, nationella kvalitetsregister, patientorganisationer, privata rankingföretag och organisationer som Cancerfonden och Hjärt-Lungfonden. Media redovisar med jämna mellanrum listor om var ”den bästa vården” finns, som regel utan att ägna tolkningsproblem och statistiska brister någon större uppmärksamhet.

Publicering av kvalitetsjämförelser har som en uppenbart positiv konsekvens lett till att landstings- och sjukvårdsledningar har tillgång till mer väsentlig information om sjukvården än för tio år sen. Politiska ledningar och deras tjänstemän kan inte bara fokusera ekonomisk

[37] *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, en årsvis utkommande rapport, med redovisning av ett växande antal kvalitetsmått.

styrning och budgetar, i ett läge när deras vårdsystem kontinuerligt jämförs ur olika kvalitetsaspekter. De kan föra en mer allsidig dialog med de medicinskt ansvariga cheferna.

Det går inte att ”bevisa” att jämförelserna i sig lett fram till förbättringar (de hade kanske skett ändå), men det är troligt att de bidragit, särskilt när förändringar är någorlunda lätta att genomföra genom medvetna beslut eller arbetsinsatser. För de flesta måtten blir resultaten i riket allt bättre över tid, vilket i och för sig kan spegla urvalet mått som ingår, men det är ändå intressant.

Ett vanligt problem i medieskildringar av sjukvårdskvalitet är att de redovisade skillnaderna övertolkas, för att passa in i en dramaturgi uppbyggd kring ”stora skillnader” eller ”ojämlik vård”. Brister i datakvalitet, statistisk osäkerhet eller komplicerade tolkningsproblem bortses från, eftersom läsaren inte förväntas förstå detta eller journalisten inte hinner läsa på.

Fokuseringen på ”bästa och sämsta” vårdcentral eller sjukhus har samma effekt. Även om man i de officiella jämförelserna gör ärliga presentationer och tonar ned rankningssyftet, där de med dåliga resultat skall ”hängas ut”, så är jämförelserna tillgängliga för andras användning av samma data. En krass bedömning är att bristfälliga kvalitetsindex och rankningar av vårdcentraler och sjukhus därför alltid kommer att publiceras, oavsett de ursprungliga ambitionerna med att ta fram jämförelserna. Risken är att legitimiteten för registerbaserade kvalitetsmätningar minskar hos de vårdgivare som registrerar data och följer vården för sina patienter.

Tre slutsatser bör dras om formaliserade kvalitetsjämförelser som en del i den nationella sjukvårdspolitiken. För det första måste huvudfrågan vara ”Hur skall sjukvården blir bättre?”, inte ”Vem är bäst?” Rankinglistor, ”name-and-shame” och betoning av hårt slående granskningar och oberoende uppföljningar är inte så viktigt. Det är viktigare att ha kvalitetsjämförelserna som ett stöd för sjukvårdsutveckling.

För det andra måste de kvalitetsaspekter som följs upp bli flera och andra. Ett nationellt program för kvalitetsuppföljning kan inte vara begränsat till de områden eller frågor där det finns nationella register. Många viktiga aspekter på sjukvårdskvalitet tappas då bort. I vissa fall behöver permanenta register byggas upp, men i andra fall får andra sätt att följa kvalitet övervägas.

Den tredje slutsatsen leder bortom publiceringen av jämförelser. Hittills har Socialstyrelsen och SKL haft rollen att ställa samman och publicera en växande mängd kvalitetsinformation. Ofta väcks viktiga frågor: Innebär den uppmätta skillnaden i användningen av ett läkemedel att vården verkligen är ojämlik? Hur kan död och återinskrivning efter vård för olika sjukdomar sänkas? Vad bör göras för att underbehandlingen av en viss patientgrupp skall upphöra? Om halva Sjukvårdssverige lyckas förbättra sin vårdinsats vid en specifik sjukdom, men inte den andra – vad bör då göras?

Frågor som dessa kan ställas, men överlämnas i praktiken därefter till vart och ett landsting. Detta är logiskt, eftersom landstingen har ett huvudansvar för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården och arrangera den på mest effektiva sätt. Men det är också otillfredsställande,

eftersom många frågor är komplexa och arbetsmässigt tunga. Landstingen skulle dra nytta av en bättre nationell stödstruktur för detta.

Det mest påtagliga är kanske frånvaron av en nationell funktion till stöd för kvalitetsförbättring. Men också arbetet med nationella riktlinjer och andra kunskapsunderlag om sjukvårdens behandlingar är viktiga frågor. Förvaltning och utveckling av hälsodataregister och kvalitetsregister kan förbättras, liksom basal uppföljning av vårdutnyttjande och variation i medicinsk praxis. Det pågår under 2011 och 2012 en statlig utredning om den statliga myndighetsstrukturen inom hälso- och sjukvården, som har till uppgift att ge förslag även om frågor som dessa.