

Rapport 2020:7

Styra mot horisonten

Om vård efter behov som grund
för horisontella prioriteringar



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: Getty Images International
Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri
ISBN 978-91-88935-17-5



Styra mot horisonten

Om vård efter behov som grund för
horisontella prioriteringar

Beslut om den här rapporten har fattats av styrelsen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Utredaren Kajsa Hanspers har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Nils Janlöv, analyschefen Cecilia Stenbjörn och chefsjuristen Karin Nylén deltagit.

Stockholm den 12 maj 2020

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Anna Dunér
Vice styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Hans Winberg
Styrelseledamot

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Kajsa Hanspers
Föredragande

Förord

När den här rapporten publiceras befinner sig Sverige och svensk hälso- och sjukvård tillsammans med övriga världen i en extraordinär situation. I den covid-19-pandemi som vi för tillfället går igenom har hälso- och sjukvården tvingats att snabbt ställa om, och till exempel öka intensivvårdskapaciteten samtidigt som andra delar av hälso- och sjukvården tillfälligt får stå tillbaka. Socialstyrelsen har tagit fram nationella principer för prioritering av vården under pandemin som stöd till hälso- och sjukvården. Riktlinjerna utgår från den etiska plattformen för prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård som riksdagen beslutade om 1997. Den etiska plattformen bör ligga till grund för prioriteringar och etiska avvägningar i alla situationer och på alla nivåer inom hälso- och sjukvården – från klinisknivå till övergripande styrning. De bidrar till att säkerställa att prioriteringar görs enhetligt och på de grunder som riksdagen har beslutat om.

Den rådande pandemin aktualiserar frågan om prioriteringar i hälso- och sjukvården. I den här rapporten fokuserar vi på principen om att vård ska ges efter behov, med fokus på hur vården fördelas mellan grupper av patienter med olika sjukdomar. Rapporten handlar inte specifikt om prioriteringar av det slag som görs under den nu rådande extraordinära situationen, utan på styrningen och den etiska plattformen som bör ligga till grund för prioriteringar i alla typer av situationer. Prioriteringar görs och kommer alltid att behöva göras i hälso- och sjukvården. Vår förhoppning är att rapportens slutsatser och rekommendationer ska bidra till att den etiska plattformen genomsyrar den statliga och regionala styrningen på ett tydligare sätt än i dag.



Arbetet med den här rapporten har bedrivits av projektledaren Kajsa Hanspers, juristen Nadja Zandpour och utredaren Åsa Ljungvall. Även analytikerna Sverker Sjöstrand och Richard Forsén har deltagit i arbetets inledningsfas. I arbetet med kartläggningen av regionernas styrprocesser har Lars Fallberg från Indikator deltagit. Under arbetets gång har flera personer bidragit med värdefulla diskussioner och synpunkter. Vi vill tacka Lars Sandman, Jan Liliemark, Mari Broqvist, Ann-Charlotte Nedlund, Karin Bäckman, Barbro Krevers, Kjell Asplund och Sofia von Malortie för deras synpunkter. Vi vill rikta ett särskilt tack till dem som låtit sig intervjuas, och beskrivit hur de arbetar med principen om vård efter behov på regionnivå och inom statliga myndigheter.

Stockholm i maj 2020

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Resultat i korthet

Att vården ska ges efter behov och på lika villkor är centrala utgångspunkter för svensk hälso- och sjukvård. I den här rapporten belyser Myndigheten för vård- och omsorgsanalys hur vård efter behov mellan sjukdomsgrupper kommer till uttryck i den övergripande styrningen av hälso- och sjukvården.

Våra slutsatser är följande:

► *Principen om vård efter behov ställer höga krav på politiker*

För att kunna sträva efter vård efter behov mellan sjukdomsgrupper krävs att politikerna, som ansvarar för horisontella prioriteringar, omsätter den etiska plattformen i praktisk styrning och bevakar befolkningens behov och i vilken utsträckning behoven tillgodoses.

► *Vård efter behov mellan sjukdomsgrupper genomsyrar inte den övergripande styrningen*

Inom regionerna är vård efter behov mellan sjukdomsgrupper ett undanskymt mål i praktiken, och de statliga styrmedel som vi har undersökt genomsyras inte heller av den principen. Styrningen blir osammanhängande eftersom det saknas en gemensam bild av hur horisontella prioriteringar bör göras i praktiken, utifrån de olika mål och krav som gäller.

► *Bristande underlag gör det svårt att styra resurserna dit behoven är som störst*

En förutsättning för att kunna styra resursfördelningen efter behov är att det finns underlag som en sådan styrning kan utgå från. Men de underlag som i dagsläget används i styrningen på både statlig och regional nivå brister. De saknar i stor utsträckning information som kan vägleda beslutsfattare om var de största behoven finns och i vilken grad de tillgodoses i dag.

Vi rekommenderar:

- ▶ *Regeringen bör förstärka det horisontella behovsperspektivet i sin styrning*
- ▶ *Regeringen bör verka för att den nationella uppföljningen i större utsträckning belyser vård efter behov*
- ▶ *Regeringen bör initiera en översyn av behovet av förbättrat kunskapsstöd om vård efter behov*
- ▶ *Regeringen bör överväga om det finns behov av en översyn av den etiska plattformen*
- ▶ *Regionerna bör utveckla arbetet med att styra resurserna efter behov*

Sammanfattning

Att vården ska ges efter behov och på lika villkor är centrala utgångspunkter för den svenska hälso- och sjukvården enligt lagstiftningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska få företräde, och tillgången till hälso- och sjukvård ska inte bero på individuella egenskaper som kön, ålder, utbildning eller funktion i samhället. Vård efter behov och på lika villkor är också viktiga värden ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv. Mot bakgrund av utvecklingstendenser som en åldrande befolkning, finansiella utmaningar och allt större medicinska möjligheter blir frågan om hur vårdens resurser ska fördelas angelägen. I ljuset av den pågående covid-19-pandemin blir frågan särskilt aktuell.

Principen om vård efter behov ska genomsyra beslutsfattande på alla nivåer i hälso- och sjukvården – från politiska beslut till de beslut som vårdprofessionerna fattar. I den här rapporten belyser vi hur principen om vård efter behov kommer till uttryck i den övergripande styrningen av hälso- och sjukvården, som politiker ansvarar för. Horisontella prioriteringar kallas de övergripande prioriteringar som görs mellan olika sjukdomsområden eller olika sjukdomsgrupper, och som i huvudsak grundar sig på politiskt-administrativa beslut. Ett exempel är när man på politisk-administrativ nivå väljer att avsätta resurser för ett visst vårdområde framför andra vårdområden.

Att horisontella prioriteringar sker enligt tydliga principer är viktigt för att säkerställa att resurserna fördelas i enlighet med lagens intentioner och inte utifrån ovidkommande hänsyn som särintressen, traditioner eller underliggande maktstrukturer. Tydliga principer skapar också förutsättningar för förutsägbarhet och långsiktighet i styrningen. Att prioriteringarna



dessutom görs på ett transparent sätt är nödvändigt för medborgarnas insyn i det politiska beslutsfattandet och i förlängningen möjligheten till ansvarsutkrävande.

I den här rapporten fokuserar vi på styrningen när det gäller prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper och särskilt på hur resurser fördelas mellan dem. Som bakgrund och utgångspunkt för analysen belyser vi frågan om horisontella prioriteringar utifrån vad lagstiftningen och dess förarbeten säger om prioriteringar utifrån behov. Vi belyser sedan hur ett urval av regioner arbetar med att fördela resurser inom hälso- och sjukvården och hur några statliga styrmedel förhåller sig till principen om vård efter behov. Avslutningsvis diskuterar vi också hur vård efter behov skulle kunna följas upp på en övergripande nivå för olika sjukdomsgrupper, och vilka hinder som finns i dagsläget för att åstadkomma en sådan uppföljning.

PRINCIPEN OM VÅRD EFTER BEHOV STÄLLER HÖGA KRAV PÅ POLITIKER

Att fördela en begränsad mängd resurser mellan patientgrupper med olika sjukdomstillstånd innebär en prioritering. Det är inte möjligt att göra allt för alla, utan vissa val behöver göras. Vid prioriteringarna ska den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården (3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL). Principen om vård efter behov har förtydligats i den etiska plattformen som syftar till att vägleda prioriteringar i hälso- och sjukvården.

Högre behovstäckning i grupper med större behov

Att definiera vad ett behov av hälso- och sjukvård är inte helt enkelt, och det finns flera perspektiv i den frågan. I den här rapporten utgår vi från de resonemang som finns i förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen. Enligt dessa innebär ett behov av hälso- och sjukvård (i fortsättningen *behov*) att det finns en nedsättning i hälsan eller livskvaliteten och att det finns någon insats inom hälso- och sjukvården som kan motverka den nedsättningen. För att kunna prioritera mellan olika behov behöver behoven rangordnas. Det bör göras utifrån behovens storlek för att kunna ge den som har störst behov företräde på det sätt som anges i lagstiftningen. Det innebär också att lika stora behov ska ges samma prioritet i vården.

Att avgöra vad som är ett stort respektive ett litet behov är också komplext. Många uppfattar nog att grupper med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten är de som har de största behoven. Så är det antagligen

för det mesta – förutsatt att det finns någon åtgärd som kan förbättra hälsan eller livskvaliteten så att det finns ett behov över huvud taget.

I lagens förarbeten framgår att vård efter behov bör uppnås genom att sträva efter en högre behovstäckning hos grupperna med störst behov. Behoven i grupper med störst behov ska alltså vara tillgodosedda, eller täckta, i större utsträckning än i grupper med mindre behov. Samtidigt uttrycker förarbetena att det inte skulle vara en framkomlig väg att helt försöka täcka behoven inom högre prioriteringsgrupper innan resurser läggs på lägre prioriteringsgrupper. Förarbetena framhåller också att det måste finnas möjligheter att få god vård inom rimlig tid för tillstånd som inte är akuta eller som är mindre allvarliga. Det rör sig med andra ord om komplexa avvägningar.

Vid sidan av principen om vård efter behov, det vill säga behovssolidaritetsprincipen, bör även människovärdesprincipen och kostnadseffektiviteten av insatserna beaktas i prioriteringsarbetet. Människovärdesprincipen anger vilka egenskaper som inte får ligga till grund för prioriteringar. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att kostnaden för insatsen bör vara rimlig i relation till effekten.

Vägledande men inte en exakt fördelningsprincip

Den etiska plattformen är inte tänkt att vara en exakt fördelningsprincip, utan en förstärkning och fördjupning av det mål om vård på lika villkor som alla hälso- och sjukvårdens aktörer bör sträva mot enligt förarbetena. Lagstiftaren har medvetet utformat den så att den inte ger någon detaljerad vägledning för hur vården ska styras i varje given situation. Bakgrunden till det är bland annat att den kommunala självstyrelsen ger utrymme för att göra på olika sätt och att lagstiftaren har bedömt att det inte är möjligt att ge några enkla handlingsregler för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

En fördel med den utformningen är att plattformen går att använda även om det sker förändringar i till exempel diagnostik, behandling och i sjukdomars yttringar. En nackdel med utformningen är att plattformen kan uppfattas som en otydlig fördelningsprincip som behöver tolkas och konkretiseras för att bli användbar.

Det ställer krav på att de politiker som har ansvar för horisontella prioriteringar hittar sätt att förverkliga den etiska plattformen i sitt arbete, exempelvis i styrningen och resursfördelningen. De har också ansvar för att öppet kommunicera och motivera sina prioriteringar, så att medborgarna får insyn och möjlighet att utöva sina demokratiska rättigheter. För jämlika

prioriteringar mellan olika sjukdomsområden krävs att befolkningens behov av hälso- och sjukvård – och i vilken utsträckning de tillgodoses – följs upp, eftersom uppföljning utgör ett centralt underlag för den långsiktiga styrningen och resursfördelningen.

Systematiska principer för tillämpningen saknas ofta

Vi har analyserat på vilket sätt principen om vård efter behov kommer till uttryck i ett antal statliga styrmedel och i fyra regioners övergripande styrning när medel fördelas till olika sjukdomsgrupper. Vi ser att det ofta saknas systematiska principer för hur vård efter behov ska tillämpas i dessa sammanhang.

Samtidigt finns det exempel på hur principen tydligt kommer till uttryck i verksamheten. Exempelvis har myndigheter som Socialstyrelsen och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) utifrån den etiska plattformen arbetat fram rutiner och beslutsstöd, som de använder för att ta fram nationella behandlingsriktlinjer och beslut om vilka läkemedel som ska ingå i läkemedelsförmånen. Det förekommer även inom regionerna, men där verkar sådana principer tillämpas för mer avgränsade områden som prioriteringar av enskilda åtgärder, och inte för att systematiskt följa upp och styra resursfördelningen i hälso- och sjukvården som helhet.

Olika mål och krav kan innebära konflikter och avvägningar

Även om vård efter behov är en central princip innehåller lagstiftningen även andra mål och krav när det gäller hälso- och sjukvården, till exempel om tillgänglighet och valfrihet. För regionerna kan de olika målen och kraven innebära svåra avvägningar och i vissa fall konflikter. Liksom i tidigare studier har vi iakttagit att det finns en motvilja att välja bort bland dem som har ansvar för att fördela resurser mellan sjukdomsområden. Motviljan att välja bort kan spegla målkonflikter, som den mellan målet om högre behovstäckning för grupper med stora behov och en vilja att tillgodose ett brett vårdutbud med god tillgänglighet för hela befolkningen. Att vårdbehov tillgodoses enligt befolkningens förväntningar uppfattar politikerna sannolikt som viktigt, för att upprätthålla stödet för en gemensamt finansierad universell hälso- och sjukvård.

VÅRD EFTER BEHOV MELLAN SJUKDOMSGRUPPER GENOMSYPAR INTE DEN ÖVERGRIPANDE STYRNINGEN

Principen om vård efter behov bör genomsyra styrningen i hela hälso- och sjukvården – till exempel när det gäller strategi, resursfördelning och uppföljning. För att den ska kunna förverkligas behöver styrningen vara systematisk, långsiktig och sammanhållen. Här har staten ett särskilt ansvar eftersom den ska bidra till att ge regionerna förutsättningar att förse befolkningen med hälso- och sjukvård.

Vår övergripande slutsats är att vård efter behov mellan sjukdomsgrupper har en undanskymd roll i de delar av den statliga och regionala styrningen av hälso- och sjukvården som vi har analyserat. En annan aspekt är att det i vissa avseenden saknas en gemensam bild av hur principen om vård efter behov och övriga delar av den etiska plattformen ska tillämpas. Det gör att styrningen riskerar att bli osammanhängande mellan olika aktörer, beroende på vilken typ av vårdinsats det handlar om, till exempel läkemedel eller kirurgiska ingrepp.

Den statliga styrningen förstärker sällan vård efter behov mellan sjukdomsgrupper

Vi har undersökt hur ett urval av statliga styrmedel riktade mot hälso- och sjukvården förhåller sig till principen om vård efter behov mellan sjukdomsgrupper. De styrmedel som ingår i analysen är av olika slag: juridisk styrning, ekonomisk styrning och kunskapsstyrning. Vi utgår från de styr- och bakgrundsdokument som ligger till grund för respektive styrmedel, exempelvis propositioner, skrivelser och överenskommelser. Vårt fokus har varit hur dokumenten förhåller sig till principen om vård efter behov. Men analysen ska inte ses som en utvärdering av styrmedlen i sig och ger inte svar på om målet och målgruppen för insatsen är det som borde vara det mest prioriterade utifrån principen om vård efter behov.

Vår slutsats är att flera av de statliga styrmedel som vi undersökt – vårdgarantin, nationellt vårdval, riktade statsbidrag och nationella riktlinjer – inte har som uttalat syfte att förstärka principen om vård efter behov mellan sjukdomsgrupper. Förarbeten och andra bakgrundsdokument redovisar i liten utsträckning varför vissa sjukdomsområden ska lyftas fram jämfört med andra. Det är inte heller tydligt vilka konsekvenser förslagen kan få för regionernas möjligheter att beakta principen om vård efter behov i sin övergripande styrning.



Inom ramen för statlig kunskapsstyrning är vägledningen till regioner för horisontella prioriteringar sparsam. Socialstyrelsens nationella riktlinjer ger främst beslutstöd vid vertikala prioriteringar, det vill säga inom ett sjukdomstillstånd, men ger ingen tydlig vägledning när det gäller horisontella prioriteringar. Orsakerna till det är att det bara finns riktlinjer för vissa sjukdomsområden och att det är otydligt hur riktlinjerna ska prioriteras i förhållande till varandra, men också till de områden som inte omfattas.

Undanskymt mål i regionernas styrning

Vi har undersökt hur regionerna tar hänsyn till behoven i olika sjukdomsgrupper i sin styrning. Vår analys baseras på en fallstudie av hur resurstilldelningen går till i regionerna Sörmland, Skåne, Västernorrland och Östergötland. Vi har gjort en dokumentanalys och en semistrukturerad intervjustudie med ledande politiker och tjänstemän.

Vår slutsats är att vård efter behov och på lika villkor finns i regionernas egna målformuleringar, men på olika sätt. Däremot hittar vi få exempel på att vård efter behov mellan sjukdomsgrupper omsatts i mer konkreta mål eller åtgärder i regionernas övergripande styrdokument. För att veta vilka områden som bör prioriteras skulle en utgångspunkt kunna vara information om hur behoven ser ut och hur väl de tillgodoses i dagsläget. Men vi ser sällan exempel på att sådana analyser är grunden för regionala mål och prioriteringar.

Regionernas övergripande resursfördelning utgår i huvudsak ifrån tidigare års fördelning. Regionernas uppföljningar av hälsa och sjukdom, övergripande behovsanalyser och underlag från verksamheter används i låg utsträckning som underlag för förändringar i resursfördelningen mellan sjukdomsområden. Det finns exempel på mer systematiska prioriteringar mellan områden som baseras på mer utförliga underlag, men det rör sig i regel om förändringar som är små i förhållande till budgeten i stort. Den statliga vägledningen till regionerna för horisontella prioriteringar är också sparsam.

BRISTANDE UNDERLAG GÖR DET SVÅRT ATT STYRA RESURSERNA DIT BEHOVEN ÄR SOM STÖRST

En förutsättning för att kunna styra resursfördelningen efter behoven i olika sjukdomsgrupper är dels att det är tydligt vad som avses med detta i praktiken, dels att det finns underlag som en sådan styrning kan utgå från. För en ändamålsenlig hälso- och sjukvårdspolitik där vård efter behov är

styrande, behöver beslutsfattarna känna till var de största behoven finns och i vilken grad de tillgodoses i dag.

Den nationella uppföljningen fokuserar mycket sällan på att följa upp ett visst utfall utifrån behov, alltså hur exempelvis väntetider, delaktighet eller tillgång till lämplig behandling ser ut för patienter i olika grupper efter medicinska behov eller sjukdomens svårighetsgrad. En delförklaring till den sparsamma uppföljningen utifrån behov är sannolikt att det är svårt att mäta hur stora behoven är för en viss person eller grupp av patienter, och att det saknas information som gör det möjligt att redovisa resultaten per sjukdomsgrupp i delar av den befintliga statistiken. Det saknas också underlag som belyser inom vilka sjukdomsgrupper som behoven är störst. Men utmaningarna är också teoretiska eller konceptuella – det är inte självklart hur en analys skulle genomföras ens i idealfallet.

Underlagen som vi har tagit del av från regionerna saknar många dimensioner som vi bedömer är nödvändiga för att de ska kunna ligga till grund för horisontella prioriteringar. Exempelvis saknas information om tillståndens svårighetsgrad i olika patientgrupper och förslag på åtgärder och deras nytta för patienterna. Behovstäckningen i olika sjukdomsgrupper följs därmed upp i begränsad omfattning.

Vi finner samtidigt underlag som mer systematiskt identifierar behovet av horisontella prioriteringar utifrån behoven inom olika sjukdomsområden. Gemensamt för dem är att de används för att motivera ökade resurser. I regel motiverar de små förändringar i förhållande till budgeten som helhet, men även mindre förändringar skulle kunna få betydelse om de genomförs enligt en långsiktig plan. Däremot är vårt intryck att det är sällan som omfördelningen representerar en långsiktig inriktning till förmån för något särskilt sjukdomsområde.

REKOMMENDATIONER

Den etiska plattformen bör genomsyra styrningen i hela hälso- och sjukvården – till exempel när det gäller strategi, resursfördelning och uppföljning. Vår övergripande slutsats är att vård efter behov mellan sjukdomsgrupper intar en undanskymd roll i de delar av den statliga och regionala styrningen av hälso- och sjukvården som vi har analyserat.

I det svenska hälso- och sjukvårdssystemet finns dels många aktörer, dels många mål, krav och andra styrsignaler som huvudmännen ska förhålla sig till. Då kan det finnas en risk för att olika styrsignaler hamnar i konflikt med varandra. Därför är det viktigt att styrningen är så sammanhållen



och långsiktig som möjligt. Vi bedömer att styrningen på både statlig och regional nivå bör förhålla sig till principen om vård efter behov mellan sjukdomsgrupper på ett tydligare sätt än i dag, bland annat genom att tydliggöra eventuella målkonflikter och genom att sträva efter underlag som kan belysa hur väl hälso- och sjukvården uppfyller principen.

► *Regeringen bör förstärka det horisontella behovsperspektivet i sin styrning*

Vi rekommenderar regeringen att dels hitta former för att tydligare redovisa hur reformer och insatser förhåller sig till principen om vård efter behov mellan olika sjukdomsgrupper och dels att utöka konsekvensanalyserna av reformernas och insatsernas förväntade effekter i förhållande till förutsättningarna att uppfylla principen om vård efter behov. Även om det inte är självklart hur det skulle göras och även om det i många fall är svårt att genomföra en jämförelse mellan behoven i olika grupper, ser vi ett stort värde i en sådan utveckling. Vi menar att det kan bidra till att underlätta för huvudmännen att balansera olika mål i förhållande till varandra samt bidra till att tydliggöra hur insatser och reformer ska genomföras på ett sätt som tar hänsyn till den horisontella jämlikheten mellan olika sjukdomsgrupper.

Det är också viktigt att den statliga styrningen bidrar till att förstärka de författningsbestämmelser som gäller för hälso- och sjukvården och att den statliga styrningen understödjer en långsiktig och sammanhållen strategi för hälso- och sjukvården.

► *Regeringen bör verka för att den nationella uppföljningen i större utsträckning belyser vård efter behov*

Vi rekommenderar regeringen att verka för att stärka förutsättningarna att belysa vård efter behov i den nationella uppföljningen. Det handlar om att möjliggöra att i större utsträckning kunna följa behov och behovstäckning i olika sjukdomsgrupper. Vi menar att en sådan analys kan vara ett viktigt underlag till den funktion för samlad nationell uppföljning som regeringen efterfrågar och som bland annat ska analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård.

Det finns flera utmaningar med att följa upp och analysera vård efter behov mellan sjukdomsgrupper. Men ett första steg vore att ge en lämplig myndighet i uppdrag att lämna förslag på hur behoven och

behovstäckningen kan analyseras för patienter med olika sjukdoms-tillstånd, och vilka förändringar som skulle behöva göras i existerande data- och statistikällor för att möjliggöra en sådan belysning och uppföljning. Vi ser vissa möjligheter att utveckla befintliga datakällor, för att öka förutsättningarna att genomföra en sådan analys. Till exempel kan information om huvuddiagnos inkluderas i enkätdata-baser och patientregister som Väntetidsdatabasen, Läkemedelsregistret och Folkhälsomyndighetens enkät Hälsa på lika villkor.

► *Regionerna bör utveckla arbetet med att styra resurserna efter behov*

Vi menar att regionpolitiker och tjänstemän på regional nivå behöver ta ett tydligare ansvar i att styra resurserna efter behov i regionerna. Det handlar om att förtydliga hur regionerna avser att styra mot principen om vård efter behov mellan sjukdomsgrupper och att se till att underlag som gör det möjligt att följa hur vårdbehoven i olika sjukdomsgrupper tas fram.

Det finns exempel på att regionerna fördelar om resurser utifrån behov, men de systematiska arbeten vi har sett sker i relativt liten skala. Vi rekommenderar därför regionerna att vidareutveckla sådana arbeten till att belysa behoven av prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper i ett bredare perspektiv. I vissa regioner kan det handla om att lära sig av andra regioner som har erfarenhet av ett mer systematiskt arbete med prioriteringar. Ett sådant arbete kan sannolikt också gynnas av att Sveriges Kommuner och Regioner tar fram stöd till regionerna, till exempel inom ramen för den nationella kunskapsstyrningsorganisationen. Vi menar också att regionerna behöver skapa förutsättningar för att i ett mer långsiktigt perspektiv omfördela resurser till områden i behov av förstärkningar medan andra områden samtidigt prioriteras ner.

► *Regeringen bör initiera en översyn av behovet av förbättrat kunskapsstöd om vård efter behov*

Vi ser att det finns ett behov av ett förstärkt kunskapsstöd för horisontella prioriteringar, men kan utifrån vår analys inte exakt avgöra hur ett sådant stöd bör utformas. Vi rekommenderar därför regeringen att initiera en översyn av hur behovet av ett kunskapsstöd ser ut och hur det bör utformas. I ljuset av de behov av kunskapsstöd som regioner och myndigheter efterfrågar kan det också framkomma behov av att reda ut



och förtydliga delar i den etiska plattformen. Samtidigt som det finns skäl till att exakta handlingsregler för prioriteringar inte ges i lagstiftning och förarbeten, finns det risk för att tolkningssvårigheter bidrar till att det blir svårt att implementera den etiska plattformen i praktiken, så att den genomsyrar styrningen på alla nivåer. Ett stort utrymme för tolkningar kan också leda till att plattformen tillämpas på olika sätt i olika delar av hälso- och sjukvården och i olika regioner.

► *Regeringen bör överväga om det finns behov av en översyn av den etiska plattformen*

Även om principen om en vård på lika villkor och efter behov generellt har ett stort stöd har vi sett att den ges begränsat utrymme vid styrning gällande horisontella prioriteringar. I vårt arbete har vi också sett att det kan finnas vissa svårigheter med att tillämpa den etiska plattformen i praktiken. Sedan den etiska plattformen beslutades har också hälso- och sjukvården utvecklats på flera sätt. Exempelvis har det skett en snabb medicinteknisk utveckling och det har skett förändringar i befolkningens förväntningar och efterfrågan. Det kan därmed finnas behov av att se över hur plattformen står sig i förhållande till hur hälso- och sjukvården ser ut idag. Det kan också finnas behov av att utveckla och förtydliga delar av den.

Vi rekommenderar därför att regeringen överväger om det finns behov av att göra en översyn av den etiska plattformen.



Innehåll

1	Inledning.....	23
1.1	Vården ska ges efter behov.....	24
1.2	Avgränsningar	26
1.3	Metod	27
2	Vad innebär vård efter behov?	31
2.1	Jämlik vård mellan sjukdomsgrupper innebär vård efter behov och på lika villkor	33
2.2	Vård efter behov förutsätter att behoven kan rangordnas	38
2.3	Prioriteringar efter behov innebär högre behovstäckning i vissa grupper	43
2.4	Etiska plattformen är inte en exakt fördelningsprincip	45
2.5	Prioritera, fördela och ransonera är verktyg för att styra efter behoven	46
3	Hur arbetar regionerna med vård efter behov mellan sjukdomsgrupper?	53
3.1	Tidigare studier har visat bristande genomslag för den etiska plattformen	54
3.2	Vi har undersökt hur regionerna beaktar behoven i olika sjukdomsgrupper i sin styrning	57
3.3	Statlig styrning påverkar prioriteringarna	71
4	Statlig styrning	75
4.1	Staten har en bred palett av styrmedel	76
4.2	Vi undersöker hur några statliga insatser utgår från vård efter behov	78
4.3	Analysramverk till grund för bedömningen	80



4.4	Den juridiska styrningen står inte i motsättning till vård efter behov, men det finns risker	83
4.5	Otydlig koppling till vård efter behov i flera delar av den ekonomiska styrningen	94
4.6	Nationella riktlinjer	101
4.7	Nationell uppföljning är också en viktig del av den statliga styrningen.....	107
5	Stöd för horisontella prioriteringar mellan sjukdomsgrupper	113
5.1	Utgångspunkter för att kartlägga behov och behovstäckning.....	113
5.2	Hur kan den nationella statistiken användas för att följa upp principen om vård efter behov?.....	116
6	Slutsatser och rekommendationer.....	127
6.1	Vård efter behov är en central princip som ställer höga krav på politiker.....	128
6.2	Vård efter behov mellan sjukdomsgrupper genomsyrar inte den övergripande styrningen	129
6.3	Bristande underlag gör det svårt att styra resurserna dit behoven är som störst	132
6.4	Rekommendationer	135
7	Referenser	143
	Bilagor	153
	Bilaga 1 – Intervjuguide i regionerna.....	153
	Bilaga 2 – Regiondokument	155
	Bilaga 3 – Styrdokument riktade statsbidrag	158



Inledning

Att vården ska ges efter behov och på lika villkor är centrala utgångspunkter för svensk hälso- och sjukvård enligt lagstiftningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde och tillgången till hälso- och sjukvården ska inte bero på individuella egenskaper som kön, ålder, utbildning eller funktion i samhället. Vård efter behov och på lika villkor är också viktiga värden ur ett patient-, brukar och medborgarperspektiv.

Skillnader i vårdbehov kan uppstå i en rad olika dimensioner. Det kan till exempel handla om skillnader i behov mellan socioekonomiska grupper eller mellan patientgrupper med olika sjukdomar. I den här rapporten fokuserar vi på i vilken utsträckning behoven i olika sjukdomsgrupper tillgodoses.

Att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, det vill säga principen om vård efter behov, anges i lagstiftningen (3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL) och har ett starkt stöd i arbetet bland vårdens professioner (se t.ex. Höglund 2003 och Arvidsson m.fl. 2006). Trots det har tidigare forskning och erfarenheter visat att den övergripande styrningen av hälso- och sjukvården ofta inte genomsyras av principen om vård efter behov (Riksrevisionen 2004, Prioriteringscentrum 2007). Med en åldrande befolkning, finansiella utmaningar och allt större medicinska möjligheter blir frågan om hur vårdens resurser ska fördelas särskilt aktuell.

Att horisontella prioriteringar sker enligt tydliga principer är viktigt för att säkerställa att resurserna fördelas i enlighet med lagens intentioner och inte utifrån ovidkommande hänsyn som särintressen, traditioner eller underliggande maktstrukturer. Tydliga principer skapar också förutsättningar för förutsägbarhet och långsiktighet i styrningen. Att



prioriteringarna dessutom görs på ett transparent sätt är nödvändigt för medborgarnas insyn i det politiska beslutsfattandet och i förlängningen möjligheten till ansvarsutkrävande.

Mot den här bakgrunden belyser vi hur principen om vård efter behov kommer till uttryck i styrningen av hälso- och sjukvården. Vår studie uppdaterar tidigare studier på området och bidrar med ny kunskap om de strukturella förutsättningarna att uppnå en vård efter behov. Målet är att bidra med ökad kunskap och förståelse om de beslutsprocesser som påverkar hälso- och sjukvårdens jämlikhet. I förlängningen är vår förhoppning att vår belysning ska leda till förbättrade strukturer och processer för att följa upp befolkningens behov och besluta om resursfördelningen mellan sjukdomsgrupper.

1.1 VÅRDEN SKA GES EFTER BEHOV

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § HSL). För att förtydliga och förstärka målet om en vård på lika villkor har riksdagen beslutat om en etisk plattform och allmänna riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). I korthet innebär plattformen att förhållandevis mer resurser bör fördelas till dem som har ett stort vårdbehov, att det bör finnas en rimlig relation mellan patientnytta och kostnad samt att människovärdet ska respekteras. Grupper med större behov ska prioriteras högre än grupper med mindre behov, och grupper där behoven kan sägas vara lika stora ska ges samma prioritet. Tillsammans innebär dessa principer att vården ska vara jämlik, enligt vår definition.

Tidigare forskning och erfarenheter visar dock att det ofta är svårt att få genomslag för principen om vård efter behov i den övergripande styrningen som politiker ansvarar för. Det kan finnas många förklaringar till att det är svårgenomförbart – faktorer som ofta nämns är att det är komplicerat och politiskt svårt. Att det är komplicerat kan bero på att det saknas bra metoder att mäta och följa upp samt att det krävs långsiktighet och förmåga att få systematik i arbetet. Att det är politiskt svårt kan bero på att det finns en motvilja till att välja bort och att det krävs en långsiktighet bortom mandatperioder, samtidigt som det inte är särskilt belönande politiskt att ägna sig åt frågor som ger effekt främst på lång sikt (se t.ex. Hermerén 2014,

Garpenby och Nedlund 2016). En annan förklaring som ofta lyfts fram är att det är svårt att prioritera ned grupper med mindre behov till förmån för grupper med stora behov och samtidigt bibehålla stödet för en gemensamt finansierad hälso- och sjukvård (Garpenby och Nedlund 2016).

Mot bakgrund av att det ekonomiska läget i hälso- och sjukvården bedöms bli mer ansträngt de kommande åren förväntas prioriteringar bli ännu mera nödvändiga. Det alltmer ansträngda finansiella läget uppstår samtidigt som de medicinska metoderna att diagnosticera och behandla snabbt förbättras och medborgarnas förväntningar på hälso- och sjukvården stiger. Då är det problematiskt om det saknas beredskap för att göra bedömningar av behoven, processer som stödjer beslut om prioriteringar mellan olika patientgrupper och förmåga att öppet kommunicera prioriteringar.

I den här rapporten undersöker vi i vilken utsträckning den svenska hälso- och sjukvården styrs utifrån behov när det gäller olika sjukdomsgrupper. Vi fokuserar på styrningen när det gäller prioriteringar mellan olika sjukdomsområden. Vi beskriver lagstiftningens princip om vård efter behov, och vilket genomslag den har i styrningen när det gäller resursfördelningen mellan olika sjukdomsgrupper. Rapporten består av fyra delar:

- Vi beskriver vad lagstiftningen och dess förarbeten säger om prioriteringar utifrån behov.
- Vi undersöker om och hur regionerna arbetar för en vård efter behov.
- Vi undersöker hur ett urval av statliga styrmedel förhåller sig till principen om vård efter behov och vilket stöd den statliga styrningen ger till huvudmännen att prioritera efter behov.
- Vi beskriver hur behov kan följas upp och vilka förutsättningar och hinder som finns i den nationella statistiken när det gäller att följa upp hälso- och sjukvårdens insatser utifrån behoven i olika sjukdomsgrupper.

Figur 1 sammanfattar rapportens frågor, analyserna som genomförts för att besvara respektive fråga och vilka metoder som vi använt i respektive analys.



Figur 1. Översikt av analysens innehåll.

? Övergripande fråga: Styrs den svenska hälso- och sjukvården utifrån behov?			
	Fokus	Frågor	Metod
1	Begrepp och lagstiftning	Vad innebär vård efter behov?	► Genomgång av relevant lagstiftning och förarbeten ► Beskrivning av centrala begrepp
2	Regional styrning	Arbetar regionerna utifrån principen om vård efter behov? I så fall hur?	► Fallstudie i fyra regioner om hur resurser fördelas till olika sjukdomsgrupper • Dokumentstudie • Intervjuer
3	Statlig styrning	Utgår den statliga styrningen från principen om vård efter behov?	► Genomlysning av ett urval av statliga styrmedel med fokus på i vilken utsträckning de förstärker eller står i konflikt med principen om vård efter behov och vilka möjligheter styrmedlen ger regionerna att prioritera efter behov
4	Förutsättningar för uppföljning	Vilka möjligheter finns att utifrån nationell statistik följa upp hälso- och sjukvården utifrån behoven i olika sjukdomsgrupper?	► Genomgång av vad en analys av resursfördelning utifrån behoven i olika sjukdomsgrupper bör innefatta och vilka förutsättningar som finns i den nationella statistiken

1.2 AVGRÄNSNINGAR

Vårt fokus ligger på de prioriteringar som görs av hälso- och sjukvårdens beslutsfattare och i vilken utsträckning de följer befolkningens behov. Med beslutsfattare menar vi i detta sammanhang politiker och de tjänstemän och verksamhetsföreträdare som deltar i den övergripande resursfördelningen. Det innebär att rapporten inte omfattar analys av prioriteringar på patientnivå.

Vår rapport är inriktad på att undersöka vilken roll principen om vård efter behov har i styrningen av hälso- och sjukvården när det gäller olika sjukdomsgrupper. Vi undersöker med andra ord inte hur den etiska plattformen i sin helhet implementeras i styrningen.

Jämlikhet kan beröra många olika indelningar av grupper. I den här rapporten fokuserar vi uteslutande på de grupper där indelningen baseras på de behov av hälso- och sjukvård som motiveras av deras sjukdomstillstånd. Det kan exempelvis handla om patientgruppen med cancersjukdom

eller diabetes. Det innebär att vi inte undersöker skillnader mellan socioekonomiska eller demografiska grupper, även om sådana faktorer kan påverka behoven indirekt. I rapporten tillämpar vi ingen speciell definition av sjukdomsgrupper. Definitionen kan variera med sammanhanget. Vårt syfte är att undersöka om styrningen av resurserna i hälso- och sjukvården utgår från behoven som finns hos olika patienter på ett jämlikt sätt, oavsett vilken klassificering som tillämpas. Ett vanligt sätt att klassificera sjukdomsgrupper är ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) som ges ut av Världshälsoorganisationen, WHO.¹ ICD är en kategorisering av olika diagnoser och kan göras på olika nivåer – allt ifrån 22 bredare grupper till en betydligt mer detaljerad nivå (4-siffernivå). Indelningen används till exempel i delar av hälso- och sjukvårdsstatistiken som vi diskuterar i kapitel 5.

Rapporten innehåller inte heller prioriteringar av diagnostik kontra vård vid konstaterade vårdbehov. Skälet är att rapporten fokuserar på prioriteringar när det gäller vård, och inte behovsbedömningar i enskilda fall som är grunden för de prioriteringar som görs.

Fokus för den här rapporten är prioriteringar rörande de som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. HSL, det vill säga sjukvård som bedrivs på regional nivå. Trots att de rättskällor som tas upp i rapporten även omfattar den kommunala hälso- och sjukvården, så fokuserar vi alltså inte primärt på det i den här rapporten. Vi undersöker inte heller skillnader mellan grupper där tillgången till vård är begränsad enligt lag, som personer som är medborgare i länder utanför EU.

1.3 METOD

För att besvara våra frågor använder vi oss av en bred uppsättning metoder. Här beskriver vi metodval och data i breda drag. En utförligare beskrivning av de metoder och analysramverk som tillämpas i kapitel 3–5 finns i respektive kapitel.

1.3.1 Lagstiftning och begrepp

Vi beskriver vad som sägs i lagstiftningen och förarbetena om prioriteringar efter behov. Dessutom har vi gjort en genomgång av vetenskaplig litteratur, för att ytterligare belysa vissa begrepp.

¹ ICD-10 är den version som används av Socialstyrelsen i nuläget, men ICD-11 kommer att införas framöver.



1.3.2 Styrningen i regioner

För att belysa regionernas styrning mot en vård efter behov har vi gjort en fallstudie av hur resurstilldelningen går till i regionerna Sörmland, Skåne, Västernorrland och Östergötland, och till vilken grad styrningen av resurser utgår från behoven i olika sjukdomsgrupper. De metoder vi tillämpar är dokumentanalys och en semistrukturerad intervjustudie med ledande politiker och tjänstemän.

Regionerna som är föremål för fallstudien har valts ut så att det ingår två regioner som anger att de bedriver ett öppet prioriteringsarbete och två regioner som inte anger det. Likaså försöker vi via urvalet belysa arbetet i både större och mindre regioner på olika håll i landet.

1.3.3 Statlig styrning

För ett urval av statliga styrmedel belyser vi om de är samstämmiga med principen om vård efter behov. Vi undersöker dels i vilken utsträckning de olika styrmedlen förstärker eller står i konflikt med principen, dels vilka möjligheter styrmedlen ger huvudmännen att prioritera efter behov.

Vi har särskilt fokuserat på några av statens juridiska, ekonomiska och kunskapsbaserade styrmedel som vi bedömer har störst relevans för styrningen av resurser inom hälso- och sjukvårdspolitiken. Analysen utgår huvudsakligen från ett urval av styrdokument och från relevanta författningar och förarbeten när det gäller den juridiska styrningen.

I analysen tar vi inte ställning till om de studerade statliga styrmedlen faktiskt speglar de underliggande hälso- och sjukvårdsbehoven. Fokus är i stället på hur de statliga styrmedlen motiveras och om det finns jämförande behovsanalyser som motiverar valet av inriktning på de olika styrmedlen.

1.3.4 Förutsättningar för uppföljning

Vår ambition har varit att inom ramen för den här rapporten försöka analysera om resursfördelningen är i linje med behoven. Men det har visat sig att det inte är möjligt, både av metodologiska skäl och på grund av brist på statistik. I stället beskriver vi översiktligt vad en sådan analys kan innefatta – vilken vägledning som finns och vilka variabler som är viktiga att beakta. Vi diskuterar också några förutsättningar och hinder i existerande statistik för att identifiera behov samt hur behovstäckningen i olika grupper ser ut.



Vad innebär vård efter behov?

I det här kapitlet beskriver vi vad som avses med vård efter behov utifrån relevant lagstiftning och förarbeten. Vi undersöker vad vård efter behov innebär och hur det kan förstås när det gäller prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper samt hur det förhåller sig till begreppet jämlik vård. Vi har även sökt igenom andra rättskällor, som rättspraxis och juridisk doktrin, men där funnit mycket begränsad ledning i frågan om vård efter behov. Därför bygger texterna i det här kapitlet till stor del på vad som framgår av relevant lag och förarbeten.

Ett behov av hälso- och sjukvård (i fortsättningen ”behov”) innebär att det finns en nedsättning i hälsan eller livskvaliteten och att det finns någon insats inom hälso- och sjukvården som kan förbättra hälsan eller livskvaliteten. För att kunna prioritera mellan behoven ser vi det som en förutsättning att behoven rangordnas. Det bör ske utifrån behovens storlek för att kunna ge den som har störst behov företräde till vården på det sätt som anges i lagen. Att avgöra vad som är ett stort respektive ett litet behov är komplext. Många uppfattar nog att grupper med de svåraste sjukdomarna och sämsta livskvaliteten även är de som har de största behoven. Så är det antagligen för det mesta. Men behovet är också beroende av om det finns någon åtgärd som kan förbättra hälsan eller livskvaliteten. Det följer av förarbetena.

I prioriteringsarbetet bör enligt förarbetena även människovärdesprincipen och kostnadseffektiviteten av insatserna beaktas. Människovärdesprincipen anger vilka egenskaper som inte får ligga till grund för prioriteringar. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att kostnaden bör vara rimlig i relation till effekten.



I förarbetena framgår att en vård efter behov bör uppnås genom att sträva efter en högre behovstäckning i de grupper där behoven är störst. Lagen och förarbetena har medvetet utformats så att de inte ger någon detaljerad vägledning för hur vården ska styras i varje given situation. Bakgrunden till den utformningen är bland annat det utrymme för att göra på olika sätt som följer av den kommunala självstyrelsen och av hälso- och sjukvårdens ramlagstiftning. Enligt förarbetena är det inte heller möjligt att ge några enkla handlingsregler för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. I avsaknad av sådan detaljerad vägledning behöver politikerna hitta lämpliga sätt att sträva efter vård efter behov i sitt arbete, eftersom de har ansvar för de övergripande prioriteringarna i hälso- och sjukvården. För att kunna göra prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper behöver befolkningens behov av hälso- och sjukvård bevakas som underlag till den långsiktiga styrningen och resursfördelningen, liksom i vilken utsträckning behoven tillgodoses.

Rapportens centrala begrepp

I den här rutan sammanfattar vi en rad begrepp som förekommer i rapporten. Våra definitioner utgår från relevant lagstiftning och förarbeten om prioriteringar i hälso- och sjukvården.

Hälsa

Propositionen om prioriteringar i hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) hänvisar till WHO:s definition av hälsa: ett tillstånd av fullt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaron av sjukdom. I propositionen anges att en "viktig utgångspunkt för våra överväganden är således ett hälsobegrepp som inrymmer inte bara medicinska utan också sociala, psykologiska och andra faktorer. Med begreppet hälsa avses därmed de samlade förutsättningarna för en god livskvalitet."

I propositionen konstateras också att WHO:s definition av hälsa inte säger något om hur långt den fysiska ohälsan eller den sociala funktionsnedsättningen får gå innan det kan betraktas som sjukdom, och att det därmed finns en "gräzon mellan det ideala välbefinnandet och sjukdom" (prop. 1996/97:60). Propositionen slår inte fast vad som ska sägas vara ett eftersträvanvärt hälsotillstånd, men det är vanligt att det tolkas som hälsan hos en frisk normalbefolkning. Broqvist med flera (2019) anger till exempel: "med bästa tänkbara hälsa avses här inte ett idealtillstånd fri från all typ av hälsomässigt obehag utan snarare det som normalt i befolkningen kan uppfattas som en god hälsa".

Behov

Behov av hälso- och sjukvård är det avgörande kriteriet för prioriteringar av hälso- och sjukvård (3 kap. 1 § HSL). När vi använder begreppet behov i rapporten avser vi därför

(forts.)

behov av hälso- och sjukvård. Vår bedömning utifrån förarbetena är att ett behov av hälso- och sjukvård innebär att

- det finns nedsättningar i en persons medicinska, sociala och psykologiska livsvillkor
- det finns en åtgärd inom hälso- och sjukvården som personen har nytta av när det gäller att motverka den nedsättningen. Nyttan ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Svårighetsgrad

Svårighetsgraden är central för bedömningen av behovets storlek. Propositionen om prioriteringar i hälso- och sjukvården anger att "om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder skall mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten" (prop. 1996/97:60).

Svårighetsgraden av sjukdom kan enligt Prioriteringsutredningens betänkande Vårdens svåra val (SOU 1995:5) bedömas efter olika kriterier: det lidande som den sjuke upplever, den medicinska prognosen, den funktionsnedsättning och den existentiella nöd som sjukdomen ger upphov till.

Behovstäckning

Med behovstäckning avses den del av behovet av hälso- och sjukvård som tillgodoses. Att behovstäckningen ska vara högre i högre prioriteringsgrupper innebär att behoven i de högst prioriterade grupperna, dvs. de med de största behoven, ska vara täckta i högre utsträckning.

Jämlikhet mellan sjukdomsgrupper

Vi definierar en jämlik vård mellan sjukdomsgrupper som att det inte finns några omotiverade skillnader i vården mellan patienter med lika stora behov, men med olika sjukdomar. Omotiverade skillnader innebär i detta sammanhang skillnader som inte kan förklaras av olika tillgång på medicinsk behandling, stora prisskillnader i behandlingskostnaderna och skillnader i patienternas medicinska förutsättningar att tillgodogöra sig behandling.

2.1 JÄMLIK VÅRD MELLAN SJUKDOMSGRUPPER INNEBÄR VÅRD EFTER BEHOV OCH PÅ LIKA VILLKOR

Att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården är en viktig utgångspunkt i lagstiftningen. I lagstiftningen nämns alltså inte grupper specifikt. Men vi bedömer att det bör vara rimligt att behovens storlek i olika sjukdomsgrupper vägleder den övergripande styrningen av hur resurser fördelas mellan sjukdomsgrupper, eftersom det är en förutsättning för att kunna beakta behov även på individnivå.



2.1.1 Vård på lika villkor och efter behov

Hälso- och sjukvårdslagen anger att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården och att vården ska ges på lika villkor (3 kap. 1 § HSL). Förarbetena utvecklar vad som avses med det genom människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnads-effektivitetsprincipen, som tillsammans utgör hälso- och sjukvårdens etiska plattform (se rutan nedan för beskrivning av innebörden av respektive princip). De tre etiska principerna är beslutade av riksdagen och bildar grund för riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186).

Den medicinska bedömningen är det viktigaste underlaget för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Det påtalas i förarbetena att varje människa som misstänker sjukdom eller skada behöver få en medicinsk bedömning, för att kunna avgöra om det finns behov av några medicinska insatser. Det anges också att det utan en bra första medicinsk bedömning kan bli svårt att tillämpa de etiska principerna vid prioriteringar (prop. 1996/97:60).

Enligt lagen och förarbetena är det behovets storlek som ska avgöra prioriteringen i vården, och inte till exempel vilken sjukdom eller skada en person har (3 kap. 1 § HSL och prop. 1996/97:60).

Behovs-solidaritetsprincipen speglar den vertikala jämlikheten och innebär att behoven ska styra resursfördelningen på så sätt att mer av vårdens resurser ska gå till de "mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten" om prioriteringar behöver göras (prop. 1996/97:60). Det gäller förutsatt att det finns effektiva åtgärder för att förbättra hälsan eller livskvaliteten. Enligt förarbetena kan man bara ha behov av sådant som är till nytta (prop. 1996/97:60).

Hälso- och sjukvården ska även förhålla sig till den tredje principen, kostnadseffektivitetsprincipen. Även om behovs-solidaritetsprincipen säger att svårare tillstånd bör få kosta mer, anger kostnadseffektivitetsprincipen att "en rimlig relation mellan kostnader och effekt" bör eftersträvas (prop. 1996/97:60).

Vad som avses med en rimlig relation mellan kostnader och effekt specificeras inte i lagstiftningen och dess förarbeten. Det specificeras inte heller hur kostnadseffektivitetsprincipen ska tillämpas mellan olika sjukdomsgrupper. Det har inte heller på ett öppet och systematiskt sätt preciserats av de statliga myndigheter som utgår från den etiska plattformen i sin kunskapsstyrning och tillämpning av principen inom ramen för sina arbeten, i första hand Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och

Socialstyrelsen. Det kan i sin tur bero på att det inom myndigheterna finns en osäkerhet kring hur kostnadseffektivitetsprincipen ska tillämpas på gruppnivå (intervjuer med TLV och Socialstyrelsen). Myndigheterna, liksom den nationella modellen för öppna prioriteringar (Prioriteringscentrum 2017), väger in kostnadseffektiviteten vid horisontella prioriteringar genom att de gör en sammanvägd bedömning av svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet.

Den etiska plattformen

Den etiska plattformen består av tre principer:

Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Den handlar också om att alla människors rätt till liv, frihet, personlig säkerhet och ett värdigt liv ska respekteras och att ingen är förmer än någon annan i de avseendena. Människors sociala eller ekonomiska ställning, deras personliga egenskaper eller funktioner i samhället får inte avgöra vem som får vård eller kvaliteten på vården som ges. Människovärdesprincipen innebär också att det inte är tillåtet att låta behoven stå tillbaka på grund av ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden. Däremot är det förenligt med människovärdesprincipen att i enskilda fall ta hänsyn till omständigheter som begränsar nyttan av medicinska åtgärder.

Behovs-solidaritetsprincipen innebär att resurserna bör fördelas efter behov. Innebörden av det är att om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder, ska mer av vårdens resurser gå till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Svåra tillstånd och väsentliga livskvalitetsskillnader ska alltså gå före mer lindriga tillstånd, även om insatser riktade mot dem med svåra tillstånd är förknippade med högre kostnader. Solidaritet innebär inte bara lika möjligheter till vård utan också en strävan att utfallet av vården ska bli så lika som möjligt, det vill säga att alla ska nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet. Solidariteten innebär också att särskilt beakta behoven hos de svagaste, till exempel barn, åldersdementa, medvetslösa och andra som av olika skäl kan ha svårt att kommunicera med sin omgivning.

Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, bör eftersträvas vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder. Men strävan efter kostnadseffektivitet får inte innebära att man underlåter att ge vård till eller försämrar vårdens kvalitet av vård till döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, gravt funktionshindrade eller andra i en liknande situation. På patientnivå är den underordnad de två ovannämnda principerna och innebär att man vid jämförelser av metoder för behandlingar av samma sjukdom, bör välja den mest kostnadseffektiva behandlingsmetoden. Motsvarande förtydligande görs inte när det gäller gruppnivå, det vill säga vid val mellan verksamheter eller sjukdomsgrupper. Det anges däremot som ytterst angeläget att sjukvården strävar efter en hög kostnadseffektivitet när det gäller vårdens verksamhet i allmänhet.

(Prop. 1996/97:60)



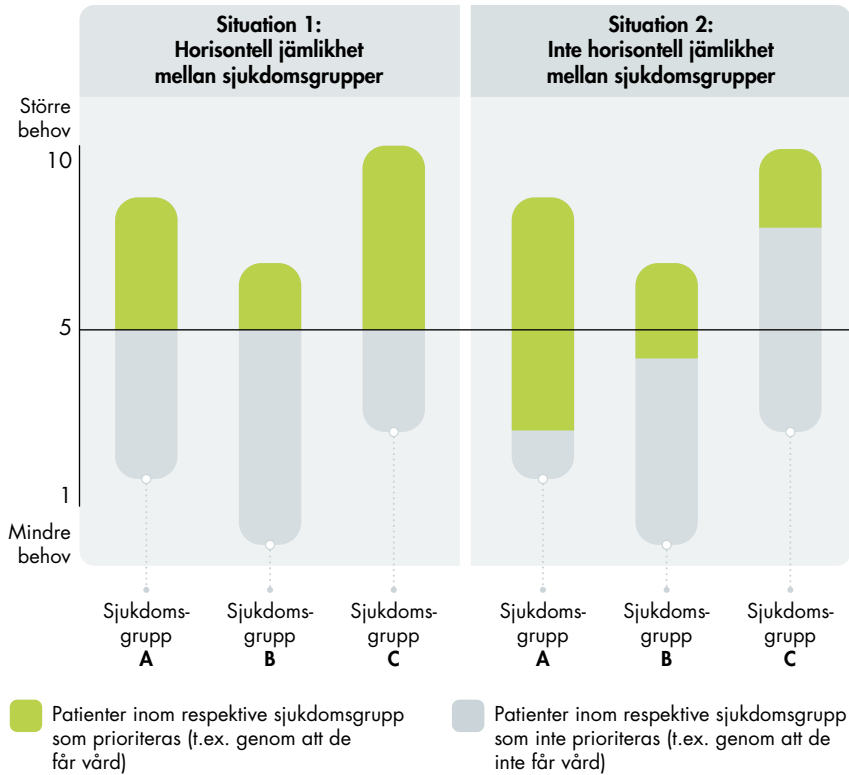
2.1.2 Horisontell och vertikal jämlikhet

Vår definition av jämlik vård mellan sjukdomsgrupper utgår från målen i svensk lagstiftning om att vården bör ges på lika villkor och utifrån behov (3 kap. 1 § HSL). Det kan med andra ord uttryckas som att hälso- och sjukvården ska sträva mot både horisontell och vertikal jämlikhet. Vertikal jämlikhet innebär att de med större vårdbehov ska prioriteras framför dem med mindre vårdbehov (Tao m.fl. 2014). Med horisontell jämlikhet avses att alla personer med lika stora behov ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård, oavsett vad som skiljer dem åt (Wagstaff m.fl. 1991, Vårdanalys 2014). Det kan handla om såväl sjukdomsgrupp som personliga egenskaper och hemregion, men även andra faktorer (se t.ex. Tromp och Baltussen 2012). I den här rapporten fokuserar vi på att det är sjukdomsgruppen som skiljer sig åt. Figur 2 illustrerar översiktligt de två begreppen vertikal och horisontell jämlikhet med fokus på skillnader mellan sjukdomsgrupper.

I figuren finns tre olika sjukdomsgrupper: A, B och C. Vissa patienter har större behov och andra har mindre behov. De gröna fälten visar vilka patienter som prioriteras högst, exempelvis genom att erbjudas vård. I situation 1 råder horisontell jämlikhet mellan sjukdomsgrupperna: personer med lika stora behov prioriteras lika oavsett vilken sjukdomsgrupp de tillhör.

I situation 2 råder vertikal jämlikhet *inom* respektive sjukdomsområde, men däremot inte horisontell jämlikhet *mellan* sjukdomsområdena eftersom det finns personer i grupp A som prioriteras samtidigt som personer i grupp B med lika stora behov inte prioriteras. Att verksamheterna inom respektive sjukdomsområde prioriterar efter behov är alltså inte tillräckligt för att uppnå horisontell jämlikhet mellan sjukdomsområden. Vårdens organisation kan bidra till horisontell ojämlikhet, genom att olika verksamhetsområden gör separata bedömningar av sina prioriteringar utan att förhålla sig till i vilken utsträckning behoven prioriteras inom andra sjukdomsgrupper.

Figur 2. Schematisk illustration av horisontell jämlikhet mellan sjukdomsgrupper.



2.1.3 Andra rättsliga ramar

Det finns även andra rättsliga ramar som har betydelse för det vi avser med jämlikhet mellan sjukdomsgrupper. Det finns flera olika bestämmelser, både i folkrätten och i nationell rätt, som syftar till att säkerställa objektivitet, saklighet, legalitet, likställdhet och likabehandling inom bland annat den offentliga sektorn. I den här rapporten redogör vi inte för dem på ett uttömmande sätt, utan fokuserar på hälso- och sjukvårdslagens målformulering och dess förarbeten, som på olika sätt återspeglar flera av de bestämmelserna. Men här ger vi några exempel på sådana bestämmelser som finns i annan lagstiftning.

Ett exempel på sådan lagstiftning är de grundlagsfästa objektivitets- och likhetsprinciperna, som innebär att den offentliga förvaltningen, där bland annat hälso- och sjukvårdens huvudmän ingår, ska iaktta saklighet och opartiskhet samt beakta allas likhet inför lagen (1 kap. 9 § regeringsformen



(1974:152)). Även i förvaltningslagen (2017:900) finns krav på saklighet och opartiskhet, vilket bland annat behöver beaktas inom den offentliga förvaltningen (5 § förvaltningslagen). Sammantaget kan de bestämmelserna sägas innebära ett förbud mot att ta ovidkommande hänsyn vid prioriteringar i vården. Det innebär att de som arbetar i förvaltningen ska utgå från lagstiftningen som reglerar verksamheten och inte låta andra hänsyn påverka besluten. Grundlagen och förvaltningslagen kan därmed sägas ge ytterligare stöd för vad som framgår av människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen.

Dessutom är all form av diskriminering som huvudregel förbjuden inom hälso- och sjukvården (2 kap. 13 § diskrimineringslagen (2008:567)). Under vissa förutsättningar kan dock olika behandling på grund av kön och ålder vara godtagbart (2 kap. 13 a och b §§ diskrimineringslagen).

2.2 VÅRD EFTER BEHOV FÖRUTSÄTTER ATT BEHOVEN KAN RANGORDNAS

Behov av hälso- och sjukvård är det avgörande kriteriet för prioriteringar av hälso- och sjukvård i Sverige (3 kap. 1 § HSL). Men att definiera vad som är ett behov, och hur stort behovet är, är komplext. Många uppfattar nog att grupper med de svåraste sjukdomarna och sämsta livskvaliteten även är de som har de största behoven. Så är det antagligen för det mesta. Men behovet är också enligt förarbetena beroende av om det finns någon åtgärd som kan förbättra hälsan eller livskvaliteten.

När vi använder begreppet behov i rapporten avser vi behov av hälso- och sjukvård. Vår bedömning utifrån förarbetena är att ett behov av hälso- och sjukvård innebär att

- det finns nedsättningar i en persons medicinska, sociala och psykologiska livsvillkor
- det finns en åtgärd inom hälso- och sjukvården som personen har nytta av för att motverka den nedsättningen. Nyttan ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Att åtgärden ska finnas inom hälso- och sjukvården innebär att det ska vara en åtgärd som hälso- och sjukvården ansvarar för att erbjuda. Enligt förarbetena bör hälso- och sjukvårdens ansvar så långt som möjligt avgränsas till sådana åtgärder som kräver hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens (prop. 1996/97:60).

För att kunna prioritera dem med de största behoven, bör behoven rangordnas utifrån deras storlek. Om det finns en åtgärd som kan motverka den aktuella nedsättningen i hälsa eller livskvalitet, är behovets storlek beroende av svårighetsgraden och sannolikt tillståndets varaktighet, enligt förarbetena. Ofta är det så att de med den högsta svårighetsgraden också har de största behoven. Men ibland finns åtgärder som visserligen förbättrar en persons eller gruppns hälsa, men som bidrar i ganska liten utsträckning. Hur grupper med hög svårighetsgrad men för vilka det finns åtgärder med relativt liten effekt, ska prioriteras i förhållande till grupper med lägre svårighetsgrad men för vilka det finns åtgärder som har större effekt på hälsan eller livskvaliteten adresseras inte specifikt i propositionen.

2.2.1 Vad är ett behov inom hälso- och sjukvården?

Enligt propositionen om prioriteringar i hälso- och sjukvården är människors hälsa avgörande för behovet av hälso- och sjukvård. Det hälsobegrepp som tillämpas i propositionen utgår från WHO:s definition av hälsa och innefattar tre dimensioner: en fysisk, en psykisk och en social (prop. 1996/97:60).

I propositionen talas om hälsorelaterade behov och livskvalitetsrelaterade behov, och att det ofta finns inslag av bägge dessa typer av behov som vävs samman. I propositionen betonas därför vikten av att se till båda typerna av behov i samband med prioriteringar. Viss vägledning ges om hur hälsorelaterade och livskvalitetsrelaterade behov ska förstås. Med hälsorelaterade behov avses att bli botad från en sjukdom, medan livskvalitetsrelaterade behov handlar om symptomlindring och omvårdnad. Enligt propositionen har livskvalitet fysiska, psykiska, sociala och existentiella dimensioner, och att människans totala situation värderas inom begreppet. Individens egen upplevelse är avgörande för hur bra eller dålig livskvaliteten är (prop. 1996/97:60).

Enligt propositionen har man inte ett behov av åtgärder som inte förbättrar hälsan eller livskvaliteten (prop. 1996/97:60). Propositionen skiljer också på efterfrågan och behov. Dels konstateras att alla behov inte kommer till uttryck som efterfrågan, dels att det kan finnas efterfrågan på åtgärder som hälso- och sjukvården bedömer att det inte finns behov av. Efterfrågan bör därför inte vara en grund för prioriteringar enligt propositionen (prop. 1996/97:60).

Dessutom noteras i förarbetena att det inte bara är hälso- och sjukvården som är ansvariga för att förbygga och åtgärda ohälsa, utan även andra samhällssektorer. Det framgår att hälso- och sjukvårdens ansvar bör



avgränsas till sådana hälsoförbättrande åtgärder som kräver hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens, men också att det är angeläget att hälso- och sjukvården samarbetar med andra sektorer som socialtjänst och försäkringskassa (prop. 1996/97:60).

Prioriteringsutredningen för ett resonemang om vem det är som avgör hur stort behovet är. I betänkandet *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5) beskriver man också hur synen på behov kan skilja sig mellan patient och hälso- och sjukvårdens personal. Förutsatt att patienten har förmåga att ta till sig informationen och ta ställning till den ska behovet fastställas i mötet mellan patient och vårdpersonal, anser utredningen. I andra fall är det i samråd med närstående eller annan företrädare som behovet och åtgärderna bör bedömas. Samtidigt betonas den professionella bedömningen: "Respekt för patientens självbestämmande och integritet är betydelsefull men självbestämmande har begränsad tillämplighet vid prioriteringar" (SOU 1995:5). På gruppnivå anger utredningen att politikerna har ett ansvar, men den ger inte närmare vägledning om vilka underlag som kan vara grund för bedömningarna.

Även i den filosofiska och hälsoekonomiska litteraturen menar man att en förutsättning för att ett behov ska finnas är att det är något som saknas eller att något ska uppnås, men också att det finns ett medel som skulle kunna bidra till att målet uppnås. När det gäller ett behov inom hälso- och sjukvården kan det som saknas till exempel vara en nedsättning i hälsan och medlet en medicinsk behandling (se t.ex. Juth 2011, Gustavsson 2017 och Culyer 2012).

2.2.2 Svårighetsgraden är central för att bedöma behovens storlek

Svårighetsgraden har betydelse vid bedömningar av behov och deras storlek, enligt lagen och förarbetena (3 kap 1 § HSL och prop. 1996/97:60). Prioriteringsutredningen menar att svårighetsgraden avgörs av det lidande som den sjuke upplever, den medicinska prognosen, den funktionsnedsättning och den existentiella nöd som sjukdomen ger upphov till (SOU 1995:5). Däremot anges inte i förhållande till vad detta ska sättas. Men bedömningen av svårighetsgrad görs oftast i relation till en frisk normalbefolkning, vilket innebär att behovets storlek inte bedöms utifrån ett tillstånd av "optimal hälsa" utan utifrån hur hälsan kan förväntas vara för en frisk person i samma ålder. Broqvist med flera (2019) anger följande som mål för hälsan: "Med bästa tänkbara hälsa avses här inte ett idealtillstånd fri från all typ av hälsomässigt obehag utan snarare det som normalt i befolkningen kan uppfattas som en god hälsa".

Vid sidan om svårighetsgraden anges i propositionen att tillståndets förväntade varaktighet sannolikt spelar in i bedömningen av behovets storlek (prop. 1996/97:60). Varaktighet har att göra med hur länge nedsättningen i hälsa och livskvalitet pågår. I förarbetena förklaras inte närmare vilket perspektiv som ska antas för varaktigheten, exempelvis om även tid med det aktuella tillståndet före kontakten med hälso- och sjukvården är relevant, eller om det bara är förväntad varaktighet framöver som ska beaktas. Ofta tolkas varaktigheten från det att vårdmötet äger rum och framåt (se t.ex. Sandman 2015).

Lagstiftningen och dess förarbeten ger inte särskilt mycket vägledning för bedömningen av svårighetsgraden mellan grupper i praktiken. Detta är en synpunkt som har framförts av bland annat Prioriteringscentrum (2007) och Sandman (2015) samt i de intervjuer vi gjort med Socialstyrelsen och TLV. Socialstyrelsen använder den matris för bedömning av svårighetsgrad som ingår i den nationella modellen för öppna prioriteringar (för en närmare beskrivning av den nationella modellen, se kapitel 4). Den syftar till att konkretisera de parametrar som är kopplade till svårighetsgraden, som nuvarande hälsotillstånd (symtom/funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning), varaktighet, frekvens, risk för framtida ohälsa och risk för förtida död. I svårighetsgradsmatrisen ingår även varaktighet, även om det i förarbetena framstår som en variabel vid sidan av svårighetsgrad. Matrisen omfattar skalstegen mycket stor, stor, måttlig och liten.

2.2.3 Faktorer som inte får påverka prioriteringarna

Kronologisk ålder får enligt de etiska principerna inte påverka de prioriteringar som görs (prop. 1996/97:60) och bör därmed i sig inte spela någon roll för bedömningen av behovets storlek. Samtidigt kan så kallad biologisk ålder utgöra en hänsyn, vilket innebär att hänsyn kan tas till den fysiska förmågan hos en patient att klara av en viss behandling (prop. 1996/97:60).

I propositionen nämns även social och ekonomisk ställning, självförvållade skador och födelsevikt som egenskaper som inte får beaktas vid bedömningen av behovets storlek eller prioriteringar i stort (prop. 1996/97:60). Människovärdesprincipen har tolkats som en basal rättighetsprincip som anger att inga irrelevanta faktorer få beaktas vid prioriteringar mellan patienter eller patientgrupper (Carlsson m.fl. 2012). Även om det inte direkt tas upp som exempel i propositionen skulle



det innebära att en faktor som gruppstorlek inte heller borde påverka bedömningen av svårighetsgrad. Så har exempelvis Carlsson med flera (2012) argumenterat när det gäller subventioner av läkemedel.

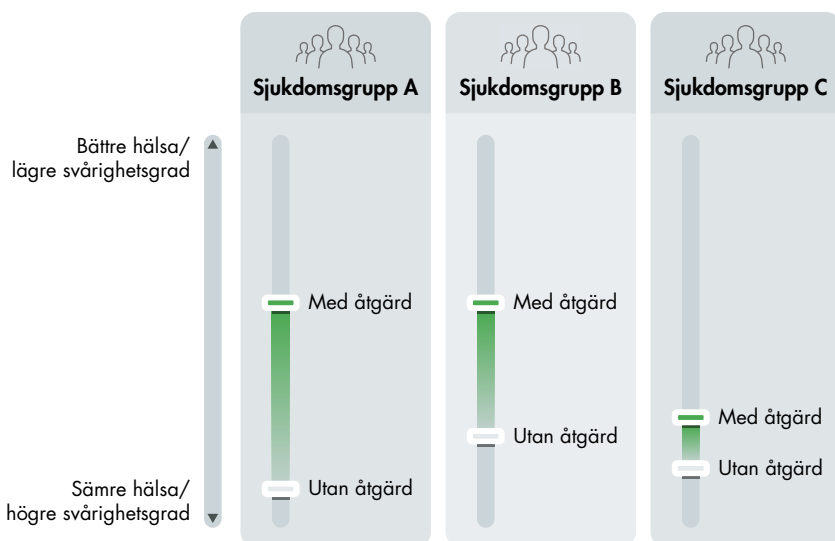
2.2.4 Inte självklart om storleken på åtgärdens effekt påverkar behovets storlek

Behovs-solidaritetsprincipen anger att ”om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder skall mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten” (prop. 1996/97:60). Det har diskuterats om prioriteringar utifrån behovets storlek innefattar att beakta hur stor nyttan är, eller om prioriteringarna ska göras utifrån svårighetsgrad under förutsättning att det finns en åtgärd som har någon nytta alls (se rutan *Den etiska plattformen har varit föremål för diskussioner om omprövning*).

Exempelvis är det tydligt att tillstånd A ska prioriteras framför tillstånd B i figur 3, eftersom svårighetsgraden är högre och effekten av åtgärden större. (I alla fall under antagandet att kostnaderna för åtgärderna för tillstånd A inte är orimliga, vilket följer av kostnadseffektivitetsprincipen).

Däremot är det inte självklart hur effektens storlek ska inverka på prioriteringarna. När det gäller tillstånd B jämfört med C är det oklart hur C bör prioriteras. Svårighetsgraden är högre för tillstånd C, men samtidigt har åtgärden liten effekt jämfört med åtgärden för tillstånd B. Med andra ord är nyttan av åtgärden större för grupp B, men svårighetsgraden är högre för grupp C. Den här frågan ser vi inte att propositionen tar upp specifikt.

Figur 3. Behov i tre sjukdomsgrupper.



2.3 PRIORITERINGAR EFTER BEHOV INNEBÄR HÖGRE BEHOVSTÄCKNING I VISSA GRUPPER

Prioriteringar i hälso- och sjukvården ska göras efter behovens storlek. I förarbetena framgår att hälso- och sjukvårdens aktörer ska sträva efter en högre behovstäckning i de grupper där behoven är som störst, eftersom det inte skulle vara någon praktiskt framkomlig väg att helt försöka täcka behoven inom högre prioriteringsgrupper innan resurser läggs på lägre prioriteringsgrupper (prop. 1996/97:60).

Att lyckas uppnå en högre behovstäckning i de sjukdomsgrupper där de största behoven finns förutsätter däremot att behoven följs noggrant och att hälso- och sjukvården har en förmåga att långsiktigt omfördela resurserna på ett sätt som följer behovsutvecklingen. Här har politikerna en viktig uppgift att följa behoven och deras nuvarande täckning samt att styra om resurserna så att de i största möjliga mån följer behoven. Det här synsättet kommer också vara vägledande i resten av rapporten.

2.3.1 Komplext att använda behov som fördelningsprincip

Juth (2011) menar att det hittills inte har formulerats en behovsprincip som fullständigt kan besvara frågorna om vilka (vård)behov som är rättmätiga och hur man ska prioritera bland behoven. Några av de principer som enligt Juth (2011) har diskuterats i den filosofiska litteraturen är sufficientism, att alltid prioritera dem som har det sämst ställt och prioritarism. Alla dessa principer har för- och nackdelar och sannolikt krävs därför att principerna kombineras.

Sufficientism innebär att de som befinner sig under en viss tröskel för hälsa har större anspråk än de som ligger över den. Den fördelningsprincipen är dock inte tillräcklig, eftersom den inte besvarar frågan om hur resurserna ska fördelas mellan dem som befinner sig under tröskeln. Det krävs därför att den kombineras med ytterligare en fördelningsprincip som besvarar hur fördelningen mellan dem som ligger under tröskeln ska gå till.

Att alltid prioritera de som har det sämre ställt först är en sådan princip. Principen kan verka tilltalande, men det finns problem. Den tar den inte hänsyn till hur mycket nytta som resurserna ger, vilket innebär att det finns en risk för att alla resurser läggs på ett fåtal svårt sjuka, men som kanske bara kan bli hjälpta i liten uträkning, samtidigt som det finns personer som är nästan lika sjuka, och som riskerar att bli svårt sjuka inom en snar framtid.

Prioritarism är en annan fördelningsprincip. Den innebär i korthet att de som har det svåraste tillstånden får en större vikt, i stället för att alltid prioriteras först. Fördelen med en sådan fördelningsprincip är att även



mildare behov kan tillgodoses. Samtidigt kan den föra med sig en risk för att inte de svårare fallen tillmäts en tillräckligt stor vikt.

2.3.2 Behovstäckningen bör vara störst i grupper med stora behov

Förarbetena tar uttryckligen avstånd från principen att de som har det sämst ställt alltid ska prioriteras först, i bemärkelsen att det inte skulle vara någon framkomlig väg att helt försöka täcka behoven inom högre prioriteringsgrupper innan resurser läggs på lägre prioriteringsgrupper. Intentionen är i stället att ha en relativt sett högre behovstäckning i mer prioriterade grupper än i grupper med lägre prioritet (prop. 1996/97:60). Förarbetena framhåller också att det måste finnas möjligheter att få god vård inom rimlig tid även för inte akuta eller mindre allvarliga tillstånd. Det uttrycks att samhället måste ha skyldighet att se till att vård erbjuds åt alla vårdbehövande, inom ramen för tillgängliga resurser (prop. 1981/82:97). Den princip som förs fram i förarbetena ligger därför kanske närmast prioritanismen.

Med behovstäckning avses den del av behovet av hälso- och sjukvård som tillgodoses. Att behovstäckningen ska vara högre i högre prioriteringsgrupper innebär därför att behoven i de högst prioriterade grupperna, det vill säga de som har de största behoven, ska vara täckta i högre utsträckning. I riksdagens riktlinjer exemplifieras breda prioriteringsgrupper (prop. 1996/97:60).

Prioriteringsgrupper

- *Prioriteringsgrupp I:* Vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidigt död, vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede, vård av människor med nedsatt autonomi (patienter som av olika skäl har svårt att hävda sin rätt till vård och en människovärdig tillvaro).
- *Prioriteringsgrupp II:* Prevention, habilitering/rehabilitering
- *Prioriteringsgrupp III:* Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar
- *Prioriteringsgrupp IV:* Vård av andra skäl än sjukdom eller skada

Ett alternativ till denna form av riktlinjer som diskuterades i propositionen men som inte föreslogs var bland annat att prioriteringslistor skulle tas fram som preciserar sjukdomstillstånd. Anledningen till att det alternativet inte togs vidare var bland annat att det ansågs att sådana listor lätt blir rigida medan diagnostik och terapi ständigt förändras. Man ansåg också att den

stora spännvidden i sjukdomars yttringar gör att det inte alltid är möjligt att definiera de olika prioriteringsgrupperna med medicinska diagnoser (prop. 1996/97:60). I propositionen noteras också att en och samma sjukdom kan variera i svårighetsgrad från tid till annan, något som också innebär att vårdbehovet kan variera över tid. En och samma sjukdom kan därför hamna i olika prioriteringsgrupper vid olika tillfällen. Det bidrar till att det blir svårt att först täcka behoven inom en högre prioriteringsgrupp innan resurser läggs på en lägre prioriteringsgrupp, eftersom det är svårt att avgöra när behoven i en viss prioriteringsgrupp är helt uppfyllda.

2.4 ETISKA PLATTFORMEN ÄR INTE EN EXAKT FÖRDELNINGSPRINCIP

Den etiska plattformen och de allmänna riktlinjerna för prioriteringar i hälso- och sjukvården som riksdagen har beslutat om syftar bland annat till att förtydliga och förstärka det mål om en vård på lika villkor som gällt sedan länge i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). Målet om vård på lika villkor innebär inte något formellt krav på att enskilda aktörer ska se till att det är uppfyllt vid varje enskild tidpunkt, utan ger enligt förarbetena uttryck för ett framtida önskvärt tillstånd (prop. 1981/82:97). Det betyder att alla huvudmän och vårdgivare har ett ansvar för att sträva mot målet.

Även fast den etiska plattformen handlar om att förtydliga och förstärka målet om vård på lika villkor, är avsikten inte att ge någon detaljerad vägledning eller några enkla handlingsregler för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Eftersom det alltid kommer finnas oklara och svårbedömda situationer, är det inte möjligt att utforma enkla regler som kan följas till punkt och pricka, menar man i propositionen. Däremot menar man att den etiska plattformen ger förutsättningar för klarare och mer medvetna ställningstaganden. Avsikten är alltså att riktlinjerna ska fylla sin viktigaste funktion som underlag för diskussioner och överväganden om hur tillgängliga resurser för hälso- och sjukvården ska användas på bästa sätt (prop. 1996/97:60). Riktlinjerna bör vägleda dem som ska fatta prioriteringsbesluten både på politisk och administrativ nivå samt i den kliniska vardagen (prop. 1996/97:60).

Ansvaret för prioriteringarna ligger enligt förarbetena på alla dem som fattar beslut om prioriteringar, och det är viktigt att de bakomliggande skälen till och principerna för prioriteringar redovisas öppet (prop. 1996/97:60).

Att öppet redovisa och motivera de prioriteringar som görs är ytterst en fråga om medborgarnas insyn och möjlighet att utöva sina demokratiska



rättigheter på ett ändamålsenligt sätt. Det förutsätter i sin tur att de som fattar beslut om prioriteringar verkar för att vara tydliga i hur de tillämpar principen om vård efter behov, liksom den etiska plattformen i sin helhet, och på vilka grunder de prioriteringar som görs vilar.

Enligt Prioriteringsdelegationen innebar riksdagsbeslutet att nya krav ställdes på beslutsfattarnas roll i resursfördelningsprocessen. I utredningens betänkande (SOU 2001:8) betonas politikernas ansvar för de horisontella prioriteringarna:

” Utformningen av en modell för öppen och aktiv prioritering och behovsstyrd vård kommer att ställa helt nya krav på kunskap om invånarnas hälsa och sjukdomar och om sjukdomars och vårdinsatsers egentliga kostnad i form av både direkta och indirekta kostnader. Den fordrar också mycket bättre utvärderingsverktyg. [...] De politiska företrädarna måste bli bättre på att efterfråga och beställa sådana genomarbetade fakta- och analysunderlag av administrationen som är anpassade och relevanta i prioriteringsprocessen och som ger underlag för att fatta de beslut som är nödvändiga i detta sammanhang.”

Enligt Prioriteringsdelegationen är det även politikernas ansvar att driva prioriteringsprocessen:

” De måste ta ansvar för att initiera och genomdriva ett sådant förändringsarbete, så att värden samfällt kan fullgöra sitt uppdrag i enlighet med riksdagens beslut.”

2.5 PRIORITERA, FÖRDELA OCH RANSONERA ÄR VERKTYG FÖR ATT STYRA EFTER BEHOVEN

I litteraturen om prioriteringar skiljer man ibland på begreppen dela ut, fördelning, prioritering och ransonera. Prioriteringscentrum (2007) beskriver till exempel begreppet fördelning som att ”något medvetet delas upp mellan två eller flera mottagare samt att respektive andel delas ut till mottagarna”. Man menar att detta skiljer sig från att dela ut, eftersom det vid fördelning måste finnas ett medvetet val mellan alternativen. Enligt samma källa skiljer sig också prioritering och fördelning. Medan fördelning innebär ett medvetet val mellan olika alternativ, innebär prioritering

dessutom att alternativen rangordnats innan valet skett: "Att prioritera innebär att rangordna och att välja ut".

Propositionen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården anger att varje "gång det fattas beslut om resurser av något slag görs en prioritering, ett val. I och med att man beslutar sig för att använda resurserna inom hälso- och sjukvården till något ändamål har man samtidigt avstått från att använda dem till något annat" (prop. 1996/97:60).

I den här rapporten skiljer vi inte på begreppen fördela och prioritera. Vi menar att varje resursfördelningsbeslut innebär ett val av vilka verksamheter som ska få resurser och hur mycket. All resursfördelning inom hälso- och sjukvården handlar om att fördela resurser utifrån en budgetrestriktion, eftersom resurserna inte är oändliga. Därför innebär varje resursfördelningsbeslut också att alla andra resursfördelningsalternativ än det beslutade väljs bort.

Ur vår synvinkel är det svårt att tänka sig resursfördelningsbeslut som inte är medvetna och där det inte finns någon typ av rangordning bakom. När regionfullmäktige till exempel väljer att behålla föregående års budget mellan verksamhetsområden intakt tolkar vi det som att fördelningen representerar fullmäktiges prioritering.

Det är dock inte självklart att dessa val baseras på en rangordning som är väl genomtänkt, i bemärkelsen att den är noggrant övervägd och vilar på relevant kunskap. I den här rapporten definierar vi alltså begreppet prioritering som de resursfördelningsbeslut som görs, oavsett om de är väl underbyggda och rangordnade eller inte.

Effekten av förändrade prioriteringar blir ofta att vissa saker ransoneras eller väljs bort helt. Ransonering innebär en förändring i hur stor utsträckning behov tillgodoses i vården (SOU 2001:8). Det kan ske genom att inte åtgärda behov fullt ut, välja bort sjukdomstillstånd, öka vänte- eller behandlingstider, sänka kvaliteten, välja bort vissa åtgärder eller höja kriterierna för att få sitt behov tillgodosett (Prioriteringscentrum 2007).

Prioriteringar kan ske enligt två olika principer. Horisontella prioriteringar kallas de övergripande prioriteringar som görs mellan olika sjukdomsområden eller olika sjukdomsgrupper, och som i huvudsak grundar sig på politiskt-administrativa beslut (Vårdanalys 2014). Ett exempel är när man på politisk-administrativ nivå väljer att avsätta resurser för palliativ vård framför andra vårdområden.

Medan horisontella prioriteringar handlar om prioriteringen *mellan* olika områden, så handlar så kallade vertikala prioriteringar om att prioritera mellan enskilda patienter eller patientgrupper *inom* ett och samma



sjukdomsområde. Vertikala prioriteringar görs i huvudsak av de medicinskt verksamma yrkesgrupperna, men de påverkas också av horisontella prioriteringar, eftersom politiska och administrativa beslut påverkar hur mycket resurser som finns att tillgå vid vertikala prioriteringar (SOU 2001:8).

Den etiska plattformen har varit föremål för diskussioner om omprövning

Vid flera tillfällen har frågan om en översyn av den etiska plattformen lyfts fram. Ett skäl till att en översyn har efterfrågats är att det enligt vissa finns tolkningssvårigheter i den etiska plattformen, vilket kan försvåra tillämpningen. Ett annat skäl är oenighet om de principer som utgör den etiska plattformen och rangordningen av principerna. Samtidigt finns det de som lyfter fram plattformens lite vaga utformning som en fördel och som försvarar den jämlikhetssyn som kommer till uttryck i den nuvarande plattformen. Här beskriver vi några av de förslag på förtydliganden och omformuleringar som kommit fram i forskning, utredningar och debatt, samt vilket bemötande förslagen har fått.

Det kan finnas skäl att ompröva människovärdesprincipen

Prioriteringscentrum (2007) och Sandman (2015) har lyft fram ett antal tolkningssvårigheter när det gäller människovärdesprincipen. Dessa rapporter har bland annat lyft fram att det är tydligt vad patienter har rätt till samt att synen på individens ansvar och synsättet att biologisk men inte kronologisk ålder kan innebära svåra gränsdragningar. Rapporterna tar bland annat upp att det enligt människovärdesprincipen inte är tillåtet att ta hänsyn till kronologisk ålder vid fördelningen av vård. Däremot kan hänsyn tas till patientens biologiska ålder. Detta sker dock indirekt, genom att det har betydelse för vilken nytta som behandlingen kan tänkas få. Exempelvis är möjligheten till IVF-behandling begränsad till kvinnor under en viss ålder, eftersom det finns evidens för att behandlingens effekt är låg efter en viss ålder.

I de norska principerna för prioriteringar tillåts kronologisk ålder påverka prioriteringarna på ett mer direkt sätt, eftersom det i bedömningen av svårighetsgraden ingår att beakta kvarstående livslängd i förhållande till genomsnittlig förväntad livslängd (Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet 2015/16). Det synsättet kallas ibland "fair innings", som innebär att ett levnadsår betraktas som mer värt för en ung person än en äldre. Detta synsätt har även diskuterats i förhållande till den svenska lagstiftningen (Juth 2019, Sandman 2015). Exempelvis menar Sandman att hänsyn till kronologisk ålder har stöd hos många människor, men också det i den etiska plattformens ställningstagande kring kronologisk och biologisk ålder finns behov av vissa klargöranden. Exempelvis menar han att det är oklart vilka variabler som ska ingå vid bedömningen av biologisk ålder samt att det är tydligt om den biologiska åldern ska få spela roll vid bedömningen av svårighetsgrad, som är beroende av hur länge tillståndet kan förväntas kvarstå (varaktighet), det vill säga är ett kroniskt tillstånd att betrakta som mindre allvarligt om en patient bedöms ha få år kvar att leva än om patienten förväntas ha fler levnadsår kvar.

Tolkningssvårigheter i relation till behovs-solidaritetsprincipen

Sandman (2015) och Prioriteringscentrum (2007) har lyft fram att det är svårt att utifrån förarbetena avgöra hur behov ska definieras och hur svårighetsgraden ska bedömas.

(forts.)

Propositionen är tydlig med att svårighetsgraden och sannolikt varaktigheten påverkar behovets storlek. Prioriteringscentrum menar dock att det är ottydligt hur de olika aspekterna av svårighetsgradsbedömningen ska vägas mot varandra – t.ex. hur påverkan på livslängd ska värderas i förhållande till påverkan på livskvalitet och hur svårighetsgraden bedöms på gruppnivå. Sandman (2015) menar vidare att det är ottydligt hur risk för framtida ohälsa ska värderas i förhållande till aktuella tillstånd. En annan fråga som Gustavsson (2017) tar upp är om svårighetsgraden är högre om patienterna till exempel har flera sjukdomar.

En ytterligare ottydlighet som har lyfts fram är vilken betydelse effekten av en åtgärd ska ha. Den etiska plattformen är tydlig med att svårighetsgraden har betydelse för prioriteringar. Samtidigt har effekten av en åtgärd betydelse, men det är oklart hur stor betydelse effekten ska ha. Därmed anger inte den etiska plattformen uttryckligen hur man ska prioritera mellan exempelvis en patientgrupp med hög svårighetsgrad och där behandlingen har liten effekt och en patientgrupp med medelhög svårighetsgrad men som förväntas ha stor effekt av behandling (Juth 2019).

Även utredningen Styrning för en mer jämlik vård konstaterar att det finns ett behov av att se över hur den etiska plattformen, och särskilt hur målet om vård efter behov, kan och bör tillämpas när det handlar om de horisontella prioriteringar som samhället står inför mot bakgrund av omställningen från en sjukhustung till en mer nära vård som i ökad grad också kommer att utföras med hjälp av digitala verktyg (SOU 2019:42). Det kan till exempel handla om att ta ställning till om prioriteringsgrupperna och rangordningen av dem är fortsatt relevanta och hur långt det offentliga åtagandet ska sträcka sig i förhållande till individens eget ansvar menar utredningen.

Förhållandet mellan behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen är oklart på gruppnivå

Kostnadseffektivitetsprincipen säger att "vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet eftersträvas". I Prioriteringsutredningens betänkande förtydligas att kostnadseffektivitetsprincipen endast ska tillämpas vid val mellan alternativa åtgärder för ett och samma tillstånd (SOU 1995:5). Motsvarande förtydligande finns inte för tillämpningen på gruppnivå eller mellan verksamheter. Prioriteringscentrum (2007) och Sandman (2015) har lyft fram att de tycker att det finns en ottydlighet om hur kostnadseffektivitetsprincipen ska tolkas på gruppnivå och har även föreslagit att kostnadseffektivitetsprincipens roll ska klargöras och utvidgas till att även avse val mellan sjukdomar och sjukdomsgrupper. Dessutom föreslås att människovärdesprincipen ska göras till överordnad princip, medan övriga principer inte ska rangordnas inbördes.

Olika förväntningar på den etiska plattformen

Medan Prioriteringscentrum och andra argumenterat för att den etiska plattformen bör förtydligas har andra aktörer försvarat den etiska plattformens nuvarande utformning.

Hermerén (2009) menar att "Prioriteringsutredningens uppgift var inte att lösa konkreta prioriteringsproblem eller att ge ett facit, utan att skapa debatt kring prioriteringar och lyfta fram etiken och de bakomliggande värderingarna" och att "principerna kan inte förväntas ge tydliga svar i alla problemsituationer. De levererar argument eller synpunkter som är viktiga att beakta i prioriteringsprocessen". Hermerén menar också att plattformens utformning är tillräcklig för att ge övergripande etisk vägledning, medan kunskapsunderlaget för dess praktiska implementering i stället har pekats ut som bristfälligt (Hermerén 2009).

(forts.)



Även Statens medicinetiska råd (SMER 2009) skrev i en kommentar till Prioriteringscentrums (2007) rapport att det snarare är tillämpningen än principerna som behöver förtydligas. Exempelvis ansåg SMER att det saknas ett behov av att förtydliga kostnadseffektivitetsprincipen vid horisontella prioriteringar, eftersom "det enligt nu gällande riktlinjer för prioriteringar finns en möjlighet att vid den horisontella prioriteringen lyfta fram kostnadseffektivitetsprincipen vid resursfördelning till olika sjukdomar och sjukdomsgrupper. Vid beslut om horisontella prioriteringar har politiker och huvudmän en möjlighet att väga in kostnadseffektivitet och samhällsnytta. Det kan göras utan en ändring av nu gällande plattform, men kräver möjligen ett förtydligande av politikernas och huvudmäns uppgift."

I SMER:s rapport framgår inte tydligare än så på vilket sätt rådet menar att den etiska plattformen ger stöd för att ta hänsyn till kostnadseffektivitetsprincipen vid horisontella prioriteringar. En möjlig tolkning är att det vid horisontella prioriteringar ska finnas en rimlig relation mellan kostnader och effekt, vilket också har kommit fram i de diskussioner vi haft med referensgruppen och andra aktörer när vi arbetat med den här rapporten. Däremot är det otydligt vad som avses med "rimlig relation".



Hur arbetar regionerna med vård efter behov mellan sjukdomsgrupper?

Regionerna är ansvariga för att tillhandahålla hälso- och sjukvård till sin befolkning och vissa andra som omfattas av deras ansvar (8 kap. HSL). Politikerna har getts ansvar för att se till att de horisontella prioriteringar som görs följer det som sägs i lagen och de av riksdagen beslutade etiska principerna, och att öppet kommunicera dem. En förutsättning för att befolkningens behov ska vara styrande för fördelningen av hälso- och sjukvården i landets regioner är att politikerna använder och baserar sin styrning på underlag som visar på behoven och i vilken utsträckning de tillgodoses.

I det här kapitlet beskriver vi hur regionerna förhåller sig till principen om vård efter behov när de prioriterar mellan sjukdomsgrupper i den övergripande styrningen. Vi undersöker om det uttrycks som ett centralt mål för regionerna, och hur de arbetar för att nå målet. Fokus ligger på regionernas resursfördelningsprocess. Analysen baseras på styrdokument och intervjuer i fyra regioner.

Resultaten tyder på att målet om vård efter behov finns i regionernas egna målformuleringar. Men när det gäller prioriteringar mellan sjukdomsgrupper är det förhållandevis otydligt om och hur styrningen mot målet går till och det omsätts sällan i mer konkreta delmål eller åtgärder. Det är också ovanligt att målet om vård efter behov mellan sjukdomsgrupper uttryckligen beaktas i styrningen mot andra mål. En förklaring till det kan vara att det i regionerna ofta saknas en övergripande bild av i vilken utsträckning behoven i olika sjukdomsgrupper tillgodoses.



Regionernas bevakning av befolkningens behov är främst inriktad på befolkningens hälsa. Det är vanligt med underlag som redovisar prevalens av vissa sjukdomar, självskattad hälsa och förekomst av riskfaktorer i olika demografiska och socioekonomiska grupper. En annan kanal för informationsinhämtning om behoven i olika sjukdomsgrupper är dialog med verksamheter, medborgare och patientföreträdare. Däremot saknas det i stor utsträckning underlag som kopplar hälsoproblem till tänkbara åtgärder och som beskriver och följer upp behoven och i vilken utsträckning de tillgodoses i olika sjukdomsgrupper. Det innebär att det saknas underlag som öppet redovisar behovsbilden som politikernas prioriteringar mellan sjukdomsgrupper utgår ifrån. Det finns samtidigt exempel på mer utförliga behovsanalyser i vissa av fallstudiens regioner, men de har en relativt liten påverkan på resursfördelningen.

Regionernas styrning framstår som ganska kortsiktig, vilket försvårar styrning efter behov, som kräver mer långsiktighet. Sammanfattningsvis verkar det finnas utrymme att förbättra och utveckla planeringen av hälso- och sjukvården enligt behoven i befolkningen. Det kan ske genom att regionerna utvecklar sina processer för att bedöma och styra utifrån behov, men också genom att utveckla den statliga styrningen. Vi återkommer till den statliga styrningen i följande kapitel.

3.1 TIDIGARE STUDIER HAR VISAT BRISTANDE GENOMSLAG FÖR DEN ETISKA PLATTFORMEN

Sedan den etiska plattformen beslutades under mitten av 1990-talet har ett antal uppföljningar belyst regionernas resursfördelningsprocess utifrån den etiska plattformen. Den senaste av dessa uppföljningar gjordes av Prioriteringscentrum 2007. Den övergripande slutsatsen från uppföljningarna är att fördelningen av resurser huvudsakligen skett utifrån tidigare års mönster och att det saknades en systematik i arbetet med att följa och beakta behov i styrningen.

3.1.1 Prioriteringsdelegationen konstaterade oklar ansvarsfördelning

Prioriteringsdelegationen kartlade till vilken grad riksdagens etiska plattform implementerades i prioriteringsarbetet på kommun- och landstingsnivå. Delegationen konstaterade att det fanns en oklar ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvårdens professioner (företrädesvis läkare), politiker och tjänstemän när det gällde hälso- och sjukvårdens prioriteringsarbete.

Politikerna tenderade att skjuta prioriteringsavväganden på hälso- och sjukvårdens professioner samtidigt som läkarkåren tenderade att efterfråga en tydligare vägledning från det politiska styret. Delegationen kom även till slutsatsen att de etiska principerna var dåligt förankrade i arbetet hos flera sjukvårdshuvudmän och att de etiska principerna behövde utvecklas både på ett teoretiskt och praktiskt plan för att kunna bli de praktiskt genomförbara redskap som riksdagen avsett (SOU 2001:8).

3.1.2 Socialstyrelsen noterade bristfälliga behovsbedömningar

Socialstyrelsen (2006) konstaterade vid uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården att systematiken för behovsbedömningar var bristfällig. Rutiner saknades för att på ett strukturerat sätt bedöma och beskriva behov. Det saknades också ett strukturerat sätt att följa upp till vilken grad olika behov har tillgodosetts. Nulägesbeskrivningar av patienters och brukares aktuella hälsotillstånd var vanliga i vård- och omsorgsplaner, men Socialstyrelsen fann att det ofta saknades uttryckliga mål för den fortsatta vården, eller så var sådana mål bristfälliga (Socialstyrelsen 2006).

3.1.3 Riksrevisionen fann brister i att systematiskt beakta behov i styrningen

Riksrevisionens granskning av implementeringen av den etiska plattformen (2004) omfattade en fallstudie i två landsting – Blekinge och Stockholm. Fallstudien visade att båda landstingen saknade sätt att systematiskt beakta behov i sin styrning och resursfördelning. I stället byggde de politiska prioriteringarna framför allt på den historiska fördelningen eller överläts till verksamheterna (Riksrevisionen 2004).

3.1.4 Prioriteringscentrum bekräftade brister i behovsbedömningar

Prioriteringscentrums intervjuundersökning bland landstingen (2007) bekräftade i stor uträkning Riksrevisionens iakttagelser – resursfördelning verkade till övervägande del ske utifrån tidigare mönster men med vissa justeringar när förändringar i verksamheten hade inträffat eller förväntades ske. Dessutom förekom det i många landsting särskilda satsningar inom vissa verksamhetsområden som en följd av att särskilda behov hade uppmärksamrats eller för att nya medicinska möjligheter till



vård och behandling hade uppstått. Däremot saknades tydliga strategier eller konsekventa arbetssätt för prioriteringar inom landstingen, vilket Prioriteringscentrum (2007) menade kunde förklaras av att politiker och administratörer inte hade skapat de nödvändiga förutsättningarna för att kunna tillämpa riksdagens riktlinjer. Bland politikerna verkade det finnas en motvilja till att välja bort, och det uppfattades också som att politikerna var otydliga i sin roll och med sina avsikter i prioriteringsarbetet. I stället var det i första hand sjukvårdspersonalen som fick ta det största ansvaret och de ansåg i sig i huvudsak arbeta utifrån lagstiftningens intentioner.

Enligt intervjuerna i uppföljningen var underlagen som låg till grund för resursfördelningen (t.ex. befolkningssammansättning, nationella jämförelser, och tidigare års produktion) i huvudsak övergripande och utan tillräcklig konsekvensanalys. Men jämfört med Prioriteringsdelegationens och Socialstyrelsens uppföljningar i början på 2000-talet menade Prioriteringscentrum (2007) att det fanns tecken på att landstingen hade börjat införa mer systematiska arbetsformer för att fördela resurser, prioritera och ransonera.

Prioriteringscentrum nämner flera förklaringar till att det var svårt att få genomslag för den etiska plattformen:

- Det var vanligt att politiker, tjänstemän och verksamhetsföreträdare upplevde att riksdagsbeslutet inte gav tillräcklig vägledning för att kunna tillämpas i praktiken.
- Det saknades incitament och mod att prioritera behov gentemot andra överväganden, som massmedial bevakning av vissa frågor och påtryckningar från intresseorganisationer. Det var också svårt att konsekvent försvara de prioriteringar som gjorts eller som behövdes och var i linje med de etiska riktlinjerna. Ett framträdande skäl till att inte uttryckligen prioritera de största behoven var att behålla legitimiteten för hälso- och sjukvårdssystemet.
- Det saknades beslutsunderlag som analyserade behov och kostnads-effektivitet samt kunskap om metoder och instrument för horisontella prioriteringar.

Man fann också att landstingen ofta upplevde den statliga styrningen som inkonsekvent. Ofta angav den statliga styrningen nya prioriterade områden eller mål som inte satts i relation till prioriteringsprinciperna i den etiska plattformen eller övriga riktlinjer, vilket skapade konflikter mellan styrmedlen.

3.2 VI HAR UNDERSÖKT HUR REGIONERNA BEAKTAR BEHOVEN I OLIKA SJUKDOMSGRUPPER I SIN STYRNING

För att belysa regionernas styrning mot en hälso- och sjukvård enligt behov har vi gjort en fallstudie av hur resurstilldelningen går till i regionerna Sörmland, Skåne, Västernorrland och Östergötland, och till vilken grad styrningen av resurser utgår från principen om vård efter behov. De metoder vi tillämpar är dokumentanalys och en semistrukturerad intervjustudie med ledande politiker och tjänstemän.

Dokumentstudien har framför allt syftat till att undersöka om en vård efter behov mellan sjukdomsgrupper är ett uttryckligt mål i regionernas styrning samt att belysa vilka underlag om befolkningens behov som ligger till grund för resursfördelning och styrning. Dokumentstudien fokuserar på de fyra studerade regionernas styrdokument i form av budgetar, verksamhetsplaner, årsredovisningar och behovsrapporter.

I intervjustudien fördjupar vi bilden av regionernas arbetssätt. Vi undersöker hur regionernas underlag om befolkningens behov kommer till uttryck i styrningen, vilka kompletterande styrmedel som finns och vilka utmaningar som regionerna har när det gäller att styra utifrån behoven. Vi undersöker också hur beslutsfattare i regionerna ser på den statliga styrningen – är den ett stöd eller hinder för styrning utifrån behov? Figur 4 visar de frågor som analysen har utgått från.

3.2.1 Inget större utrymme för vård efter behov i regionernas interna mål och uppföljning

Alla regioner lyder under hälso- och sjukvårdslagen och ska därmed arbeta för en vård efter behov och på lika villkor för hela befolkningen (1 kap. 1 § och 3 kap. 1 § HSL). Detta övergripande mål återfinns i de studerade regionernas egna målformuleringar. Det förekommer ofta i de mer övergripande målen och de styrdokument som vi undersökt: regionbudgetar, strategiplaner och verksamhetsplaner för regionen, liksom i motsvarande dokument för hälso- och sjukvårdsnämnderna. I det avseendet förhåller sig regionerna väl till hälso- och sjukvårdslagen och den etiska plattformen.

När det gäller flera av hälso- och sjukvårdens mål och krav, till exempel om tillgänglighet, personcentrerad vård och jämlik hälsa mellan demografiska grupper är de ofta preciserade i delmål, eller i termer av "framgångsfaktorer" för hur målet ska uppnås. Det kan till exempel handla om att uppfylla vårdgarantin, att medborgarna har förtroende för vården, att patienterna är



Figur 4. Översikt av analysen.



nöjda och känner sig delaktiga. Däremot hittar vi inga exempel på att vård efter behov operationaliserats i mer konkreta målsättningar eller åtgärder.

Flera av regionerna i fallstudien kopplar också olika indikatorer till delmålen. Men det saknas indikatorer över vård efter behov. Även om vård efter behov inte preciseras i termer av delmål eller indikatorer, skulle det kunna vara ett mål som genomsyrar övriga mål. Exempelvis skulle tillgänglighet kunna redovisas separat mellan dem med mindre och dem med större behov. Vi har i princip inte kunnat identifiera någon uppföljning av hur behovstäckningen ser ut i olika sjukdomsgrupper. Ett undantag är Region Östergötland som i viss mån tillämpar mått uppdelade på vårdområden vid sin uppföljning, exempelvis när regionen redovisar väntetider uppdelade på vårdområden.

Det framgår inte särskilt tydligt i de dokument vi studerat hur prioriteringarna som görs är motiverade och hur de förhåller sig till behoven i olika sjukdomsgrupper. I vissa fall motiveras de av en ökande prevalens,

till exempel en ökning i antalet patienter med kroniska sjukdomar eller ökad förekomst av psykisk ohälsa. Däremot kommuniceras sällan behoven eller behovstäckningen i de grupper som prioriteringarna riktas emot och varför andra områden inte bedöms vara i behov av satsningar.

3.2.2 Resursfördelningen sker i flera steg

Som bakgrund till analysen av hur regionerna följer upp och beaktar behoven i sin styrning och resursfördelning inleder vi med att översiktligt beskriva hur resursfördelningen går till i en region. För att möjliggöra en resursfördelning efter behov är det i de här processerna som behoven behöver beaktas.

Resursfördelningen sker i praktiken i flera steg, med flera inblandade aktörer på olika nivåer. Regionfullmäktige ansvarar för regionernas mest övergripande resursfördelning genom att besluta om det förslag på regionbudget som har presenterats av regionstyrelsen (5 kap. 1 §, 11 kap 8 och 10 §§ kommunallagen (2017:725)). Hur medlen sedan fördelas vidare i organisationen varierar mellan de fyra regionerna (figur 5), men i samtliga fall sker fördelningen stegvis på olika nivåer.

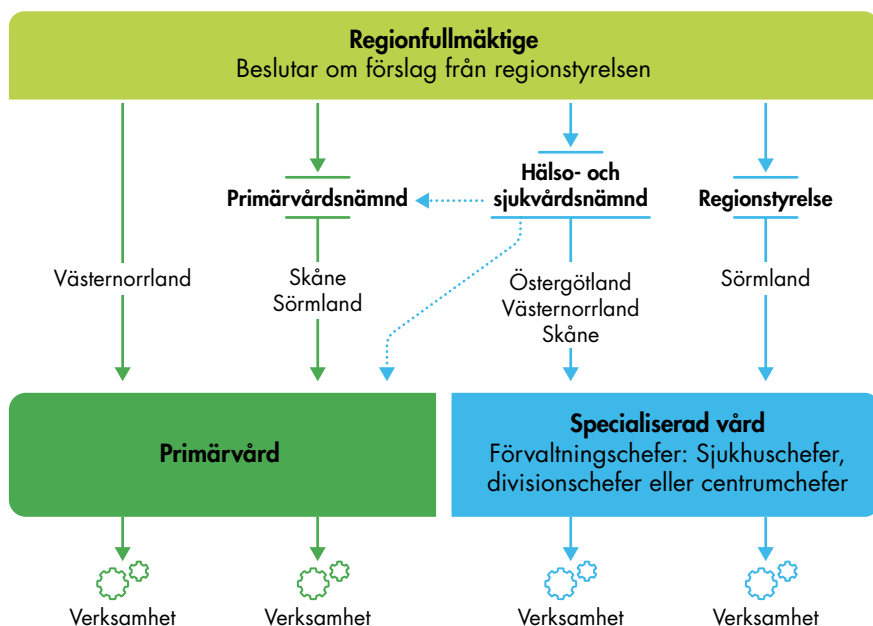
I den specialiserade vården fördelas medel via en hälso- och sjukvårdsnämnd (Östergötland, Skåne och Västernorrland) eller via regionstyrelsen (Sörmland). Resurserna tilldelas sjukhus, centrum eller divisioner. Härifrån fördelas sedan medel vidare till specifika verksamheter. Fördelningen till specifika verksamheter överläts alltså från regionpolitikerna till förvaltningen (det vill säga tjänstemän).

Fördelningen till primärvården sker ofta separat. I Sörmland och Skåne har primärvården en egen nämnd, som finansieras av regionfullmäktige. I Västernorrland har primärvården en egen förvaltning och får sin tilldelning från regionfullmäktiges budget.

I flera regioner har hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) en viktig roll när det gäller att bevaka befolkningens behov. I Östergötland är det hälso- och sjukvårdsnämnden som väljer vilka grupper som ska bli föremål för en behovsanalys, efter förslag från verksamheterna eller politikerna. Det finns fyra behovsberedningar som är underställda HSN. I Region Skåne tas behovsanalyserna fram av avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning baserat på underlag från sakkunnigorganisationen, som är en stödfunktion till regionfullmäktige. De är ett underlag för politiska prioriteringar inför Region Skånes verksamhetsplan och budget samt för hälso- och sjukvårdens uppdrag. I Region Västernorrland var det HSN som sammanställde behovsanalyser senast det skedde 2008/2009.



Figur 5. Aktörer involverade i regionernas resursfördelningsprocess.



Not: Primärvårdsnämnden i Sörmland är en "driftnämnd" för verksamheten som bedrivs i egen regi. I Region Skåne beslutar HSN även i frågor som rör principiellt omfattande förändringar rörande primärvården.

Även regionledningens tjänstemannakår och kunskapsstyrningsorganisation har en stor roll i de behovsstyrningsprocesser som förekommer i vår analys. I Region Skåne har exempelvis regionens sakkunnigorganisation som består av de flesta sjukdomsgruppsspecifika expertgrupper och kompetenscentrum till uppgift att ta fram regionens årliga behovsrapporter för den årliga prioriteringsworkshopen och HSN:s räkning. Även i Östergötlands behovsberedningar och medborgardialoger spelar den regionala expertisen inom det studerade området en avgörande roll. Samma sak gällde i Västernorrlands tidigare arbete med behovsanalyser.

3.2.3 Alla fyra regioner följer befolkningens hälsa, men hur väl behoven tillgodoses är mindre belyst

I kapitel 2 konstaterade vi att hälso-och sjukvårdens aktörer bör sträva efter en högre behovstäckning i de grupper där behoven är som störst. Det förutsätter i sin tur att hälso- och sjukvårdens beslutsfattare bevakar

befolkningens behov av hälso- och sjukvård och i vilken utsträckning behoven tillgodoses. För att prioritera mellan behoven i olika grupper krävs att behoven rangordnas, vilket bör ske utifrån behovens storlek. Men prioriteringarna är också beroende av åtgärdernas kostnadseffektivitet – kostnaden måste vara rimlig i förhållande till nyttan.

Förändringar i resursfördelningen skulle kunna vara motiverade av att det uppstår nya åtgärder, som till exempel innebär att svåra tillstånd blir möjliga att behandla. Men det kan också handla om att behoven inom en sjukdomsgrupp har ökat, att prevalensen har ökat eller att behovstäckningen är för låg i utgångsläget.

I det här avsnittet undersöker vi vilka underlag politiker har tillgång till för att bedöma hur de ska fördela hälso- och sjukvårdens resurser utifrån behoven i olika sjukdomsgrupper.

Alla regioner i fallstudien följer hälsan i befolkningen på något sätt. Tre av dem gör det i huvudsak genom övergripande underlag om befolkningens hälsa och sjukdom, men det finns också exempel från två av regionerna där man gör mer fördjupade analyser med en starkare koppling till sjukvårdsbehoven i olika sjukdomsgrupper.

Övergripande underlag om befolkningens hälsa och sjukdom

I tre av regionerna finns underlag över demografisk utveckling (totalt och för olika demografiska grupper), folkhälsa samt prevalens eller incidens av vissa sjukdomar. Det är vanligt att måtten redovisas för olika demografiska grupper, exempelvis män och kvinnor samt olika åldersgrupper. Folkhälsodata baseras på Folkhälsomyndighetens undersökning Hälsa på lika villkor, och omfattar bland annat rök- och alkoholvanor, allmänt sjukdomstillstånd, värk och psykiska besvär, uppdelat på olika demografiska grupper och geografiska områden inom regionen.

Den här typen av underlag ger ofta en bild av befolkningens självskattade hälsa, vanliga hälsoproblem och ojämlikheter i hälsa mellan olika demografiska och socioekonomiska grupper. Däremot anger de sällan vilka åtgärder som kan komma ifråga för att lösa de utmaningar som observeras och vilka sjukdomsgrupper som bör vara prioriterade.

Underlagen kan också innehålla prevalens och incidens, vilket redovisas för några utvalda sjukdomsgrupper, till exempel hjärt-kärlsjukdomar, cancer och diabetes. I underlagen förekommer också information om hur väl den egna regionen förhåller sig till rikssnittet och jämförbara regioner när det gäller exempelvis data i Öppna jämförelser. Andra underlag kan handla om



hur väl den egna regionen lever upp till nationella riktlinjer. Oftast är det sjukdomsgrupper med relativt hög svårighetsgrad och som omfattar ett större antal patienter som inkluderas.

Även om det i underlagen ofta noteras att den demografiska och medicinska utvecklingen för med sig en ökande andel multisjuka, har vi inte kunnat hitta exempel på att deras antal i befolkningen skattats. Däremot hittar vi få exempel på att information om prevalens kopplas ihop med behovstäckningen i respektive grupp, vilket gör det svårt att utifrån dessa underlag avgöra vilka grupper som bör prioriteras (region Skåne är här ett undantag, se nästa avsnitt).

Utöver att övergripande följa befolkningens hälsa gör regionerna i Östergötland och Skåne fördjupade behovsanalyser. Dessa är olika till sin karaktär, men båda innehåller också viss analys av hur väl behoven täcks i dag.

Fördjupade behovsanalyser i Östergötland med ett tydligt patientperspektiv

Region Östergötland arbetar huvudsakligen med verksamhetsutvecklande behovs-analyser, för att göra vården mer patientinriktad. Analyserna fokuserar ofta på behoven inom specifika patient- och brukargrupper, snarare än hälso- och sjukvårdsbehoven i regionen som helhet. Hälso- och sjukvårdsnämnden väljer ut grupperna som ska bli föremål för en behovsanalys efter förslag från verksamheter eller politiker.

Behovsanalyserna är framför allt baserade på nationell och regional statistik samt tillgänglig litteratur på området, medan erfarenheterna från patienter och närstående tillförs genom en brukardialogsprocess. De ger en bild av vilka behov av vård som finns i patientgruppen vars sjukdomar är föremål för analys, och av hur hälso- och sjukvården tillgodoser behovet. Patient- och brukarperspektivet har en framträdande roll i behovsanalyserna.

För att beskriva behovet i gruppen vägs detta samman med aktuell forskning och litteratur samt professionens bedömning. Behoven beskrivs utifrån prevalens, vilka behandlingsmetoder som rekommenderas enligt exempelvis nationella riktlinjer, forskning och annan litteratur samt patienternas uppfattning om livskvalitet och vilka vårdbehov de upplever att de har. Det senare kan till exempel handla om önskemål om samtalsstöd och dietistkontakt för patienter med inflammatoriska tarmsjukdomar, men även om behov som rör kontinuitet och bemötande i vården. Behoven är huvudsakligen beskrivna i kvalitativa termer och innehåller sällan en beskrivning om svårighetsgraden i patientgruppen, vilket innebär att behoven i olika patientgrupper inte kan jämföras sinsemellan.

Underlagen innehåller också en beskrivning av hur väl den aktuella patientgruppens vårdbehov tillgodoses, bland annat utifrån dialog med patient- och brukarorganisationer samt verksamheterna. Det förekommer också att man belyser frågan utifrån utmaningar som har identifierats i forskning och rapporter baserade på kvalitetsregister eller annan statistik.

När det gäller behovsanalys av inflammatoriska tarmsjukdomar lyfter man exempelvis fram följande utvecklingsområden: variation i resultaten mellan vårdgivare i Sverige, behov av mer samarbete mellan patienter, samtliga yrkesmottagningar och specialistmottagningar utifrån information från kvalitetsregistret SwivReg (Sveriges kvalitetsregister för inflammatorisk tarmsjukdom). Verksamheterna menar att det finns svårigheter i att ha ett strukturerat överlämnande av ungdomar till vuxenvården, ett ökat behov av psykologiska bedömningar och en önskan om stödsamtal inom barn- och ungdomssjukvården. Samtidigt konstaterar de att tillgången till kurator och psykologkontakt begränsad. Verksamheterna lyfter även fram att det saknas samverkan och kunskapsutbyte mellan de olika mag- och tarmmottagningarna.

Underlagen innehåller också förslag på hur behov som inte tillgodoses kan åtgärdas. Förslagen handlar däremot om förändringar som kan göras inom anslaget ram och ger därmed inte förslag på hur resursfördelningen bör förändras mellan verksamheter.

Fördjupade behovsanalyser i Skåne förenar olika perspektiv

Region Skåne arbetar med behovsanalyser som ger en sammantagen bild av befolkningens behov och av läget i hälso- och sjukvårdens olika verksamheter. Underlaget innehåller statistik över befolkningssammansättning, hälsa i befolkningen, hälso- och sjukvårdskonsumtion, tillgänglighet samt kvalitet totalt och inom ett antal verksamhetsområden. I vissa fall innehåller också underlagen indikatorer och bedömningar som delvis fångar upp behovstäckningen inom vissa vårdområden. Det handlar till exempel om uppfyllelsen av målnivåerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Statistiken kompletteras med utlåtanden från sakkunnigorganisationen, som belyser statistiken utifrån ett behovsperspektiv men även relaterar till faktorer som kompetensförsörjningsbehov och nya behandlingsmetoder. Syftet är delvis att vara framåtblickande: att identifiera problemområden och belysa vilka konsekvenser exempelvis förändrade prevalensmönster kan innebära för utmaningar i framtiden.

Behovsrapporterna innehåller ett visst mått av fördjupad bedömning av vad statistiken för separata sjukdomsområden egentligen säger.



Bedömningarna kan exempelvis innehålla information om varför väntetiderna inom ett område är långa.

Region Skånes behovsanalyser är det tydligaste exemplet på underlag som kombinerar olika informationskällor – prevalens, behovstäckning och en värdering av hur angelägna förbättringsåtgärder är. De tjänstemän som tar fram analyserna, och även politiker, upplever att underlagen lämpar sig till att identifiera centrala utmaningar för hälso- och sjukvården.

3.2.4 Verksamheterna bidrar med underlag ur sina perspektiv

Tre av regionerna (Östergötland, Sörmland och Skåne) i vår fallstudie har också en systematisk och öppen process för att samla in underlag som utifrån verksamheternas perspektiv identifierar behov av omfördelning eller ökade resurser (i Skåne är verksamheterna involverade i att ta fram behovsanalyserna som vi har beskrivit i avsnitt 3.2.3 ovan). Motiveringarna till ett ökat resursbehov i dessa underlag baseras i första hand på en ökande befolkning, ny medicinsk teknik eller nya krav i nationella riktlinjer.

I Region Östergötland kan verksamhetschefer identifiera behov och möjliga åtgärder som vägs sinsemellan vid regionens ”resursfördelningsprocess”, som leder till fördelningen av anslag utanför ramen för regionens reguljära budgetprocess. Underlagen till resursfördelningsprocessen används för att i konferensform besluta vad man ska prioritera. Underlagen innefattar bland annat bedömning av svårighetsgrad. Det handlar i regel om att omfördela en pott som består av cirka 0,4–0,7 procent av den totala budgeten till de verksamheter som anses ha störst behov. Behoven kan motiveras av att det finns stora behov av till exempel en ytterligare IVA-vårdplats eller att det finns nationella krav på att stärka ett specifikt område.

I Sörmland skickar divisionerna in underlag till ekonomistabens tjänstemän. Underlagen bygger i sin tur på underlag från de olika verksamheterna till divisionsledningen. Tjänstemännen skickar vidare underlaget till politikerna som tar ställning och prioriterar utifrån det. Underlagen ska bland annat innehålla information om verksamheterna uppfyller de behov som finns i dag, om det finns behov av omprioriteringar inom verksamheten för att klara uppdraget, vilka utvecklingsaktiviteter som pågår, finansiell måluppfyllelse och åtgärder för att klara målen.

Vår analys visar att det är ovanligt att divisionerna pekar på otillfredsställda behov bland patienterna eller föreslår prioriteringar. Överlag utmynnar analyserna om behoven i verksamheterna oftast i att det finns behov av resursförstärkningar mot bakgrund av till exempel

ökande befolkning och vårdbehov, ny teknik eller nationella riktlinjer. Det kan handla om behov av fler vårdplatser, behov av investeringar som operationsrobotar eller ultraljudsutrustning för prostatacancerdiagnostik eller att utrustning behöver ersättas. Bakgrunden till behoven av resursförstärkningar presenteras däremot inte på ett sådant sätt att det går att fatta beslut om prioriteringar utifrån behov. Skälet är att behoven och behovstäckningen bland de patienter som vårdas inom de olika verksamheterna inte redovisas.

Utöver dessa formaliserade sammanställningar av underlagen är dialoger med verksamhets- eller klinikchefer ett forum som skulle kunna ha potential att identifiera behoven hos olika sjukdomsgrupper inom de olika verksamheterna. I våra intervjuer har det varit svårt att få en djupare bild av hur de dialogerna går till, vad de innehåller och om innehållet kan användas som underlag för resursfördelningen.

Intervjuerna visar att innehållet i dialogerna kan handla om att följa upp tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet. Ett intryck vi får är att dialogerna ofta handlar om akuta frågor som budgetunderskott, svårigheter att hitta personal och höga kostnader för hyrpersonal. Däremot syftar dialogen sällan till att identifiera behov av förändringar i resursfördelningen på längre sikt. I exempelvis Västernorrland handlar dialogen i första hand om budgeten kommer att hålla och hur eventuella besparingar ska genomföras. Men verksamheterna redovisar även hur de förhåller sig till vårdgarantin och hur personalsituationen ser ut.

3.2.5 Eventuella gap mellan resurser och behov rangordnas inte

För att analyser av befolkningens hälsa och de underlag som verksamheterna bidrar med ska kunna användas som beslutsunderlag om inom vilka områden behovstäckningen inte är tillräcklig och vilka områden som ska prioriteras krävs att eventuella gap i resurser och behov rangordnas. Att försöka identifiera sådana gap är en förutsättning för att behovstäckningen ska vara störst för grupper med de största behoven.

När det gäller underlag om befolkningens hälsa och prevalens av vissa sjukdomar håller sällan underlagen sådan kvalitet att det går att rangordna vilka behov och åtgärder som bör prioriteras.

I Östergötland, Skåne och i viss mån Sörmland finns formaliserade processer för att rangordna förslag från verksamheterna. I båda fallen sker rangordningsprocessen i konferens- eller workshopform där i regel politiker, tjänstemän och sakkunniga är närvarande.



Sammantaget är vår bild att underlag som beskriver behovsgapen inom olika sjukdomsgrupper inte förekommer när det gäller helhetsbilden av hälso- och sjukvården.

3.2.6 Behovsunderlagen används bara marginellt i resursfördelningen

Resursfördelningen mellan olika verksamhetsområden baseras i huvudsak på resursfördelningen från föregående år i alla fallstudiens regioner. Det innebär att nästkommande års produktion prognosticeras utifrån föregående års produktion och konsumtion, ibland med hänsyn tagen till befolkningsutvecklingen. Det resultatet är i linje med äldre studier av regionernas resursfördelningsprocesser (se avsnitt 3.1).

Utifrån våra intervjuer ser vi få konkreta och öppet redovisade exempel på att regionernas budgetar eller satsningar motiveras utifrån systematiska analyser av hälso- och sjukvårdsbehoven inom respektive område. Det betyder inte att en sådan behovs- och åtgärdsanalys inte sker. Men samtidigt går det emot ställningstagandet att de prioriteringar som görs bör redovisas öppet, vilket framgår av förarbetena till den etiska plattformen (prop. 1996/97:60).

Regionernas uppföljningar av hälsa och sjukdom, behovsanalyser och underlag från verksamheter används för förändringar i resursfördelningen mellan verksamhetsområdena, men det rör sig i regel om förändringar som är små i förhållande till fördelningen i övrigt. Men små förändringar kan få betydande effekter på längre sikt. Om ett behov av att stärka exempelvis diabetesvården har identifierats i en behovsanalys, kan det bästa sättet att hantera det vara att successivt föra över resurser till de verksamheter som ägnar sig åt prevention eller vård av diabetespatienter. För det krävs dock en långsiktig strategi.

Underlagen motiverar omfördelning av resurser i liten utsträckning

En generell iakttagelse är att underlag som beskriver befolkningsutveckling och prevalens sällan används för att motivera förändringar i resursfördelningen. Inte heller integreras de särskilt ofta i styrningen på ett systematiskt sätt. I Västernorrland tog man till exempel för 10 år sedan fram behovsanalyser, men vad vi kan se har de inte använts som underlag för planering av vården på övergripande nivå. De har presenterats för verksamheterna, och har därför kunnat fungera som inspiration för verksamhetsutveckling inom verksamheterna. Däremot har de inte varit underlag för resursfördelningen, som sett ut ungefär på samma sätt år efter år.

Undantaget är Skånes behovsanalyser, som består av en kombination av statistik ur befolkningsperspektiv och information ur verksamheternas perspektiv. Utifrån underlaget tar tjänstemännen i hälso- och sjukvårdsdirektörens stab ansvar för att föreslå och följa upp vilka prioriteringar som genomförts av politikerna. De föreslagna prioriteringarna utgår från de underlag om behov som staben har tagit fram. Däremot är det inte alltid som politikerna väljer att prioritera enligt förslagen.

I Östergötland används de behovsanalyser som görs för olika sjukdomsgrupper för verksamhetsutveckling. Informationen går in i kravspecifikationen till utförarna, men är inte grund för finansiella prioriteringar, utan förutsätts kunna åtgärdas utifrån existerande medel.

Underlag om behov ur verksamheternas perspektiv

De underlag som utgår från behov inom hälso-och sjukvårdens verksamheter påverkar i varierande grad resursfördelningen.

I Västernorrland finns inget formaliserat sätt att beakta de behov som verksamheterna observerar, utan resursfördelningen inom den specialiserade somatiska vården sker ganska likartat år efter år. De övriga tre regionerna tar tillvara verksamheternas förslag på ett mer systematiskt sätt, men de avspeglar inte nödvändigtvis behoven i olika sjukdomsgrupper. I Region Sörmland sker inprioriteringar utifrån verksamheternas "önskelistor", men omfördelningen som detta innebär sker på ett osystematiskt sätt och det är oklart i vilken mån de baseras på en jämförelse av behoven i olika sjukdomsgrupper.

I Östergötland sker omfördelningar till verksamheter i den så kallade resursfördelningsprocessen. Processen går ut på att rangordna förslag om nya satsningar från verksamheterna och utmynnar i resursförstärkningar till de förslag som bedöms som mest angelägna. I intervjuerna uttrycker flera att resursfördelningsprocessen har en större betydelse än de faktiska resursförstärkningarna. Den bidrar till att skapa förståelse bland verksamhetsrepresentanter för behoven i andra verksamheter och varför den egna verksamheten får stå tillbaka när det gäller äskanden om resurser. Samtidigt utgör omfördelningen en liten andel av regionens totala budget, och vissa respondenter menar att det är dags att göra en översyn av hela budgeten och inte bara förändringar på marginalen.

Som vi pekade på ovan så kan även små förändringar ge avtryck på längre sikt. I Östergötland har det skett en viss successiv omfördelning till nära vård, men i övrigt uppvisar inte omfördelningen någon gradvis upptrappning.



De här processerna omfattar en liten del av budgeten. Samtidigt kan de bidra till att stärka förutsättningarna för att omfördela resurser även i andra sammanhang. Tidigare erfarenheter av prioriteringsprocesser i Sverige visar på att forum för att träffas och diskutera prioriteringar kan fylla en viktig funktion för att skapa en bredare förankring för beslut om prioriteringar bland vårdens olika aktörer (se t.ex. Broqvist m.fl. 2009). Även i våra intervjuer beskriver några en sådan upplevelse, men vi kan inte uttala oss om vilka effekter det får.

Omfördelning sker ofta genom underskott

Omfördelning av resurser kan också ske indirekt genom att verksamheter går med underskott. Även om varje verksamhet har en viss budget att förhålla sig till, så kan i praktiken vissa verksamheter gå med underskott, och därför förbruka mer resurser än andra verksamheter. Detta kan ibland bero på tillfälliga faktorer, som att en vårdcentral har lagt ned eller har problem, att kommunen har misslyckats med sitt uppdrag eller semesteruttag. Men det kan också bero på att läget är ansträngt på grund av strukturella förhållanden i behoven och hur de tillgodoses. Hur underskotten hanteras varierar. Det kan innebära att resurserna minskar kommande år, men också att underskottet skrivs av.

3.2.7 Flera hinder för behovsanalyser i resursfördelningen

Att styra efter behov är en av flera hänsyn som huvudmännen måste ta i sitt beslutsfattande. Vi finner att styrning efter behoven i olika sjukdomsgrupper har ett förhållandevis litet utrymme i styrningen. Fokus ligger på att behålla de resurser som verksamheterna har och eventuella besparingar görs brett, snarare än att hänsyn tas till vilka behov som finns inom respektive verksamhet.

I flera av fallstudiens regioner bedrivs ett systematiserat arbete för att styra resurserna efter behov, men i ganska liten skala. I det här avsnittet diskuterar vi några förklaringar till att det är svårt att åstadkomma ett bredare genomslag för en behovsstyrd resursfördelning utifrån vad som kommit fram i intervjuerna.

Svårt att ha ett långsiktigt perspektiv

Något som gör det svårt att styra utifrån behoven på bredare front är att det är ett arbete som kräver långsiktighet. Det är mycket svårt att göra större förändringar i en budget på ett års sikt och kanske även inom loppet av en

mandatperiod. I stället är det små, årliga förändringar många år i rad som krävs, beroende på hur stort behovet av omfördelning är.

Vårt intryck från intervjuundersökningen är att många aktörer anser att det finns ett mer grundläggande behov av omfördelning, men att det av olika orsaker är svårt att få till stånd det långsiktiga arbete som skulle krävas. I exempelvis Östergötland, som fått positiv uppmärksamhet för sitt resursfördelningsarbete, höjs röster för att översynen även bör omfatta de så kallade basanslagen och inte bara den relativt begränsade delen av budgeten som i dag är föremål för årlig prioritering.

En anledning vi ser är att den kortsiktiga styrningen tar så stort utrymme att den tenderar att delvis överskugga styrningen efter behov. Det handlar i stor utsträckning om att motverka att verksamheterna går med underskott. Mot bakgrund av att underskott inom verksamheter och verksamhetsområden är vanliga, är kostnadskontroll ett betydande fokus i styrningen för att undvika att nya underskott uppstår på kort sikt, det vill säga innevarande år. Det kan till exempel handla om att minska beroendet av hyrpersonal. Att fördela om mellan verksamhetsområden för att använda resurserna på ett effektivare sätt framstår sällan som ett alternativ. Det kan bero på att en omfördelning riskerar att mynna ut i konflikter mellan verksamhetsområden eller kritik från medborgare och medier, men också att det kan finnas en risk för att resursinskränkningarna ska visa sig vara alltför långtgående.

Det finns samtidigt exempel på hur regioner har arbetat långsiktigt. Exempelvis används behovsanalyserna i Region Skåne som ett sätt att år efter år bevaka vilka horisontella prioriteringar som bör genomföras, för att kunna genomföra dem när det finns finansiellt utrymme. Dessutom lyfter samtliga regioner i intervjuundersökningen fram den successiva förstärkningen till primärvården. En möjlig förklaring till att detta sker är att det är en utveckling som prioriteras av både regionerna och av staten. Det tyder på att analyser av förstärkningsbehov kan få genomslag, men samtidigt tycks det vara så att det kan genomföras snarare via extra resurser (när det ekonomiska läget medger) snarare än via omfördelning i förhållande till den tidigare budgeten.

Vård efter behov är ett bland flera mål och krav i lagstiftningen. Politikerna behöver också ta hänsyn till andra frågor som är viktiga för väljarna. Vissa mål kan komma i konflikt med principen om att grupperna med de största behoven ska prioriteras, liksom även befolkningens förväntningar.

Flera i våra intervjuer menar att det finns ett starkt tryck på att bevara saker som de varit, både från medborgare och profession. Neddragningar som kan vara en rimlig prioritering utifrån befolkningens vårdbehov



måste balanseras mot andra hänsyn som känslan av trygghet och tillit till välfärdssystemet. Nedläggningen av BB i Sollefteå anges i intervjuerna som ett exempel på detta, men även nedläggningar av sjukhus. Hälso- och sjukvården fyller en bredare roll än vården som bedrivs, och nedläggning eller nedprioritering kan till exempel bli en symbol för nedmonterad service i områden med negativ befolkningsutveckling.

Vi ser också att det finns ett tryck på att inte minska resurserna för att fördela om utifrån professionens perspektiv. Det är naturligt att alla verksamheter upplever att de behöver mer resurser än de har eftersom de vill göra så mycket som möjligt för sina patienter. Men samtidigt krävs ett mer övergripande perspektiv för att resurserna ska användas så effektivt och jämlikt som möjligt. Flera i våra intervjuer nämner att det finns ett motstånd från professionen att genomföra sådana förändringar. Samtidigt poängterar flera att en god dialog med verksamheterna bidrar till att skapa större förståelse för neddragningar.

Även de resursfördelningsprocesser som finns i vissa regioner, exempelvis Östergötland, kan bidra till att skapa större förståelse för behoven och möjligheterna att tillgodose dem i andra verksamheter. Olika forum för dialog mellan verksamheterna tycks enligt våra intervjuer ha potential att stärka förståelsen för prioriteringar och omfördelning. Att förbättra dialogen mellan politiker och verksamheter är något som i princip alla regioner lyfter fram som en viktig förutsättning för att säkerställa en fördelning utifrån behov och som ett område som man aktivt arbetar med att förbättra.

Underlagens kvalitet brister

I alla regioner förekommer det att man följer befolkningsutvecklingen och prevalensen av vissa sjukdomstillstånd. Samtidigt ser vi att underlagen inte alltid innehåller tillräckligt med information för att det ska vara möjligt att göra välinformerade horisontella prioriteringar som tar hänsyn till behoven och svårighetsgraden i olika sjukdomsgrupper. Vi hittar inga exempel på en fullständig kartläggning av svårighetsgraden och behovstäckningen inom olika sjukdoms- eller vårdområden. I de mer övergripande underlagen kopplas sällan behoven till svårighetsgrad och behovstäckningen i dagsläget, och det går därmed inte att avgöra inom vilka områden behovstäckningen behöver öka. Ett undantag är region Skånes behovsanalyser som kopplar samman prevalens med utfallsmått som väntetider och olika kvalitetsmått för vissa sjukdomsgrupper, och diskuterar resultaten utifrån prioriteterna.

En anledning till det kan vara svårt att få genomslag för styrning efter behoven i olika sjukdomsgrupper är att det ofta saknas inblick i vilken

riktning omfördelningen i så fall bör ske. Som vi har konstaterat ovan har politiker och tjänstemän sällan tillgång till underlag som illustrerar behovstäckningen inom olika områden utifrån svårighetsgraden i verksamheternas patientunderlag, vilket kan vara en bidragande orsak. Att ta fram sådana underlag kräver stora resurser. En möjlighet är att det kan finnas en brist på incitament att lägga ned det arbete som krävs på behovsanalys, eftersom det ändå skulle vara svårt att genomföra den omfördelning eller andra förändringar som behovsanalyserna visar.

Våra intervjuer visar att de aktörer som är ansvariga för att fördela resurser har inblick i vilka verksamheter som går med underskott eller som har svårt att få resurserna att räcka till. Den informationen är däremot inte tillräcklig för att kunna avgöra om vårdbehoven inom en verksamhet är för stora för att täckas inom ramen för nuvarande resurser. Ett ansträngt resursutnyttjande kan lika gärna bero på för lite resurser som att existerande resurser används ineffektivt.

3.3 STATLIG STYRNING PÅVERKAR PRIORITERINGARNA

I våra intervjuer ger flera uttryck för att den statliga styrningen påverkar vilka områden som prioriteras. Framför allt handlar det om nationella riktlinjer från Socialstyrelsen, statliga satsningar och den politiska inriktningen från nationell nivå, till exempel god och nära vård.

När det gäller nationella riktlinjer från Socialstyrelsen påtalas att de i vissa fall är kostnadsdrivande och att regionerna då får ta ställning till om och hur de ska finansieras. Vårdanalys (2015a) har även tidigare konstaterat att även om de är tänkta som underlag för beslut om regionala prioriteringar finns det risk för att uppmärksamheten vänds till de områden som omfattas av nationella riktlinjer, snarare än att resursförstärkningar som motiveras av nationella riktlinjer jämförs med andra sätt att använda resurserna. Samtidigt lyfter någon respondent upp att de kan vara värdefulla som underlag för diskussion om horisontella prioriteringar.

När det gäller statliga satsningar anser flera respondenter att de inte alltid riktar sig till områden som regionerna bedömer är prioriterade, till exempel satsningen på kvinnors hälsa (se även Vårdanalys 2018a). Sådana satsningar kan leda till att regionernas eget prioriteringsarbete försvåras och att det uppstår motsättningar i förhållande till principen om vård efter behov. Att dra ned eller låta bli att tillföra resurser till områden som omfattas av statliga satsningar riskerar att leda till minskat förtroende för politikerna och deras beslut. Ett tydligt exempel som framkommer i intervjuerna är hur



kvinnors hälsa-satsningen skapade förväntningar på att BB Sollefteå åter skulle öppna.

I andra fall kan de statliga satsningarna stämma överens med regionens prioriteringar, men ändå upplevas som svåra att genomföra. I intervjuerna anges till exempel personalbrist som orsak till att det kan vara svårt att expandera en viss verksamhet.

I slutändan är det inte säkert att de statliga satsningarna alltid får de avsedda effekterna för de regionala prioriteringarna. Enligt någon respondent förekommer det att vissa statliga satsningar betraktas som "förtäckta" generella statsbidrag (dvs. generella medel från staten till regionerna) och de används därför inte alltid i enlighet med syftet eftersom det ändå ibland är möjligt att återredovisa medlen på ett sätt som godtas av avsändaren.

När det gäller den nationella modellen för öppna prioriteringar så används den i Östergötland, men ingen annan region har nämnt att de använt den. I Region Västernorrland samarbetar man med Nätverket för Hälsa och Demokrati, som är ett utvecklingsforum för förtroendevalda och tjänstemän inom regionerna, för att ta fram en modell för prioriteringar.



Statlig styrning

Det här kapitlet fokuserar på hur delar av den statliga styrningen förhåller sig till målet om vård efter behov. Analysen baseras på ett urval av statliga styrmedel, eller insatser, från den statliga juridiska styrningen, ekonomiska styrningen och kunskapsstyrningen. Styrmedlen som vi studerar har tillkommit sedan den etiska plattformen och riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården beslutades 1997. Vi diskuterar om styrmedlen är samstämmiga med principen om vård efter behov när det gäller jämlikhet mellan sjukdomsgrupper, och hur bakgrundsdokumentet förhåller sig till den principen.

Analysen visar att målet för de styrmedel som ingår i vårt urval oftast inte är att öka jämlikheten mellan sjukdomsgrupper genom att tillgodose en högre behovstäckning för de sjukdomsgrupper som har de största behoven. I stället är det andra mål som är i fokus, som tillgänglighet eller regional jämlikhet. Vård efter behov nämns eller diskuteras ofta i underlagen till insatserna, men i olika omfattning. Ibland uttalas att styrmedlet inte förväntas *hindra* vård efter behov, men det uttalas mycket sällan att syftet är att *förstärka* eller *stödja* en vård efter behov. Vi bedömer att de flesta av de styrmedel som vi har analyserat i sak förhåller sig neutrala till principen om vård efter behov, men i praktiken finns det ofta risker som gör att styrmedlen kan hamna i konflikt med principen.

I kapitlets avslutande avsnitt kompletterar vi analysen med en diskussion om den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården. Vi konstaterar att hälso- och sjukvården sällan följs upp utifrån behov, vilket delvis beror på att statistiken sällan medger det. Uppföljningen fokuserar ofta på ett avgränsat område, och eventuella förslag och åtgärder för respektive område sammanställs sällan så att det går att se helheten.



4.1 STATEN HAR EN BRED PALETT AV STYRMEDEL

Det är regionerna och kommunerna som är huvudmän för hälso- och sjukvården, och därmed de som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård till sina invånare och andra som omfattas av deras ansvar (8 kap. och 12 kap. HSL). Men även staten har en viktig övergripande roll.

Statens ansvar omfattar att främja goda förutsättningar för hälso- och sjukvårdssystemet (se t.ex. prop. 2019/20:1). En utgångspunkt som följer av det kommunala självstyret är att staten inte bör – och inte kan – ta över huvudmännens styrning. I stället bör staten komplettera den och ge huvudmännen förutsättningar att uppfylla målen för hälso- och sjukvården (Vårdanalys 2019).

4.1.1 Olika typer av statlig styrning: juridik, ekonomi och kunskap

Den statliga styrningen av hälso- och sjukvården kan på övergripande nivå delas in i juridisk styrning, ekonomisk styrning samt kunskapsstyrning och tillsyn.

Juridisk styrning består främst av författningar i form av lagar, förordningar och föreskrifter, som beslutas av riksdag, regering och statliga myndigheter. Även EU-rätten och folkrätten är del av den juridiska styrningen.

Det finns flera författningar som påverkar hälso- och sjukvården på olika sätt. Dels finns författningar som specifikt tar sikte på hälso- och sjukvårdsverksamheten, till exempel hälso- och sjukvårdslagen (3 kap. 1§ HSL), patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientlagen (2014:821). Dels påverkas hälso- och sjukvården av författningar som gäller generellt för all offentlig verksamhet, som regeringsformen, förvaltningslagen, diskrimineringslagen och lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU. Hälso- och sjukvården kan också påverkas på olika sätt av författningar inom andra sektorer. Förutom en vård på lika villkor och efter behov framgår flera andra mål och krav för hälso- och sjukvården av lagstiftningen, som mål om en god hälsa för hela befolkningen (3 kap. 1 § HSL), patientsäkerhet (1 kap. 1 § patientsäkerhetslagen) samt krav på god och säker vård (5 kap. 1 § HSL och 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen).

Den *ekonomiska* styrningen av hälso- och sjukvården består från statlig nivå främst av generella och riktade statsbidrag. De generella statsbidragen syftar i första hand till att ge regionerna ekonomiska förutsättningar att fullgöra sitt uppdrag och består i huvudsak av det kommunala utjämnings-systemet. Utjämningsystemet syftar till att omfördela resurser mellan

kommuner och regioner utifrån bland annat skattekraft och strukturella faktorer som riskerar att påverka huvudmännens förmåga att klara av sina åtaganden (Statskontoret 2014). Vårdens huvudmän måste ofta ansöka om de riktade statsbidragen till skillnad från de generella statsbidragen, och staten brukar i sin tur villkora beviljandet av bidraget. Fördelningen av riktade statsbidrag brukar på hälso- och sjukvårdens område huvudsakligen bestämmas av en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR 2020).

Kunskapsstyrningen har sitt ursprung i behovet att regelbundet uppdatera hälso- och sjukvården samt socialtjänsten enligt senaste forskning och praxis, men har även som syfte att förbättra förutsättningarna för en jämlik hälso- och sjukvård. Nationella riktlinjer, strategier, handlingsplaner, skapandet av kunskapscentrum och kampanjer eller andra former av kunskapsspridning är exempel på kunskapsstyrning. Den här typen av statlig kunskapsstyrning gentemot regionerna bedrivs inte enbart av regeringen, utan även av statliga myndigheter (Statskontoret 2011).

Även uppföljning, utvärdering och tillsyn är en form av kunskapsstyrning. Riksdag och regering tar en rad övergripande beslut om hälso- och sjukvårdens mål, inriktning och förutsättningar. Därför behöver nationella beslutsfattare en så god insikt i hälso- och sjukvårdens tillstånd och utveckling som möjligt.

4.1.2 Hårdare och mjukare styrning

Ofta delas styrning in i hårda och mjuka styrmedel, där hårda styrmedel ses som auktoritativa och tvingande medan mjuka styrmedel ses som mer frivilliga. Hård styrning är styrning genom exempelvis författning, tillsyn eller granskningar, medan mjuk styrning exempelvis är styrning med hjälp av information, kunskap eller överenskommelser (Vedung 2003). Ekonomisk styrning kan vara hårdare eller mjukare beroende på hur den utformas. Till exempel kan prestationsbaserad ersättning ses som ”mjuk” statlig styrning eftersom kraven i överenskommelserna inte är tvingande – till skillnad från ”hårda” styrmedel som lagstiftning. Samtidigt innehåller styrningen krav på vårdens och omsorgens strukturer, processer och resultat, för att huvudmännen ska få ta del av satsningarnas resurser (Vårdanalys 2013a). Därmed är sådan ekonomisk styrning mer detaljstyrande än exempelvis stimulansmedel och utvecklingsmedel (Vårdanalys 2013a).

Även om juridisk styrning generellt brukar ses som hård styrning är stora delar av den svenska lagstiftningen som rör hälso- och sjukvården av



målinriktad ramlagskaraktär med relativt få detaljbestämmelser. Det innebär att stora delar av ansvaret för utformningen, finansieringen och planeringen av hälso- och sjukvården ligger på regionerna och kommunerna. Hälso- och sjukvårdslagstiftningens utformning och den kommunala självstyrelsen innebär alltså ett visst utrymme för huvudmän, vårdgivare och personal att göra olika i flera avseenden.

Bakgrunden till den här typen av lagstiftning är bland annat den sedan länge gällande kommunala självstyrelsen (14 kap. 2 § regeringsformen och 1 kap. 2 § kommunallagen). Enligt förarbetena till HSL ansågs också regionerna ha de bästa förutsättningarna att bedöma hur behoven av service på lokal nivå skulle kunna tillgodoses, och det anges att det behöver finnas möjlighet att anpassa verksamheter efter lokala och regionala behov och förutsättningar (se t.ex. prop. 1981/82:97).

Offentliga verksamheter är mottagare av en mängd olika styrmedel – både mjuka och hårda. På senare år har frågan om mängden styrsignaler och förhållandet mellan dem lyfts upp som ett hinder för aktörernas handlingsutrymme och i förlängningen kvaliteten på de tjänster som produceras (SOU 2018:47, Leading Health Care 2014). Den stora mängden styrsignaler kan leda till en situation där styrsignalerna konkurrerar om uppmärksamheten från de aktörer som de riktar sig till. Vissa har menat att i en sådan situation tenderar uppmärksamheten riktas till de styrsignaler som följs upp mer systematiskt (se t.ex. Power 1997 och Lindgren 2008).

Att mäta och följa upp är nödvändigt för att till exempel kunna utkräva ansvar, identifiera utmaningar och för att stimulera verksamhetsutveckling. Men uppföljning kan också, beroende på hur den utformas, skapa negativa bieffekter. En sådan är att mottagarna av styrsignaler tenderar att fokusera på det som mäts och följs upp, på bekostnad av mål och krav som är svårare att mäta och följa upp. Ett sådant exempel är hur uppföljning utifrån kvantitativa mått som väntetider eller antalet patientbesök kan medföra att andra mer svårämbara mål och krav som vård efter behov och kvaliteten i vårdmötet hamnar i skymundan (Lindgren 2008).

4.2 VI UNDERSÖKER HUR NÅGRA STATLIGA INSATSER UTGÅR FRÅN VÅRD EFTER BEHOV

I vilken utsträckning den samlade statliga styrningen leder i en viss riktning beror på flera faktorer men i exempelvis den statsvetenskapliga forskningen framgår att styrmedlens samstämmighet är en avgörande faktor för i vilken

uträkning styrningen bidrar till att de politiska målen nås eller inte (se t.ex. Simões m.fl. 2005, Howlett och Rayner 2013, Cejudo och Michel 2017, Nissinen m.fl. 2015). I förlängningen påverkar graden av samstämmighet mellan statens olika styrmedel och principen om vård efter behov hur väl huvudmännen och andra aktörer i vården kan handla enligt den principen. För ett urval av statliga styrmedel, eller insatser, inom den statliga styrningen av hälso- och sjukvården har vi därför analyserat i vilken utsträckning de visar samstämmighet med principen om vård efter behov.

Vi har analyserat ett antal fall av statlig styrning riktad mot hälso- och sjukvården. De styrmedel som ingår i analysen listas i figur 6. Urvalet består av styrmedel av olika form: juridisk styrning, ekonomisk styrning och kunskapsstyrning. Vi har fokuserat på mer övergripande styrmedel, och i urvalet har vi strävat efter att inkludera styrmedel som är särskilt relevanta för regionernas prioriteringar och som vi har bedömt har förhållandevis direkta effekter på regionernas prioriteringar. Urvalet är gjort utifrån en samlad bedömning baserat på de intervjuer vi genomfört med regionföreträdare (se kapitel 3) och vilka som är vanliga i debatten.

Vårt urval av insatser att analysera ska inte ses som en heltäckande bild av den statliga styrningen. Men eftersom de tillsammans representerar centrala delar av statens styrning av vården, ger de en kvalitativ grund för att identifiera och exemplifiera hur den statliga styrningen förhåller sig till principen om vård efter behov.

Figur 6. Översikt över de statliga styrmedel som ingår i vår analys.

Juridisk styrning	► Vårdgarantin ► Nationellt vårdval ► Lagen om läkemedelsförmåner m.m.
Kunskapsstyrning	► Nationella riktlinjer
Ekonomisk styrning	Ett urval av riktade statsbidrag och överenskommelser mellan SKR och staten: ► Kömiljarden (2009–2014) ► Kvinnors hälsa (2015–2022) ► Kronikersatsningen (2014–2017) ► Psykisk ohälsa * Handlingsplan del 1 och 2 (2001–2004 resp. 2005–2007) * Psykiatrisatsningen (2007–2011) * PRIO psykisk ohälsa (2012–2016) * Psykisk hälsa (2016–2020)

För respektive styrmedel undersöker vi följande:

1. Stämmer målet för det aktuella styrmedlet överens med principen om vård efter behov? Dels jämför vi målet med respektive styrmedel med vård efter behov. Dels undersöker vi om det finns någon analys av hur behoven i den grupp som är i fokus för styrmedlet förhåller sig till andra gruppers behov.
2. Har styrmedlet utformats på ett sätt som ger förutsättningar att styra resurser efter behov? I vilken utsträckning underlättar eller försvårar utformningen för styrmedlets mottagare (exempelvis regionerna eller en statlig myndighet) att styra efter behov?
3. Om styrmedlets målgrupp inte är hela befolkningen eller alla patienter: Motiveras målgruppen som styrmedlet är inriktad på utifrån ett konstaterat behov av att öka behovstäckningen inom den målgruppen i förhållande till andra målgrupper?

Fokus för analysen är att undersöka hur bakgrundsdokumentationen som ligger till grund för respektive styrmedel förhåller sig till principen om vård efter behov. Men analysen ska inte ses som en utvärdering av styrmedlen och ger inte svar på om målet och målgruppen för insatsen är det som borde vara det mest prioriterade i behovs-solidaritetsprincipens bemärkelse. Vi har därmed inte analyserat eller utvärderat eventuella bedömningar av behov och prioriteringar som framkommer i dokumenten, utan utgår från det som uttrycks där. Analysen utgår från de styr- och bakgrundsdokument som ligger till grund för respektive insats, exempelvis propositioner, skrivelser och överenskommelser.

Utifrån analysen bedömer vi i vilken utsträckning styrmedlen bidrar till att förstärka eller motarbeta principen om att prioriteringar i hälso- och sjukvården ska ske efter behov. Vårt bidrag är att sammanställa kunskapen för att få en övergripande bild av hur principen om vård efter behov är integrerad i den statliga styrningen, genom de exempel på statliga styrmedel som ingår i vår analys.

4.3 ANALYSRAMVERK TILL GRUND FÖR BEDÖMNINGEN

För att bedöma och analysera i vilken utsträckning de statliga insatserna som ingår i vår analys är samstämmiga med principen om en vård efter behov använder vi oss av ett analysramverk där graden av samstämmighet mellan olika styrmedel bedöms på en tregradig skala (till stor del samstämmigt,

neutralt och till stor del inte samstämmigt) i de tre dimensionerna mål, utformning och målgrupp (se figur 7).

Samstämmiga styrmedel förstärker varandra och kan till exempel innebära att en lag som stiftats kompletterats med föreskrifter eller kunskapsstyrning. Styrmedel kan också vara samstämmiga till den grad att de varken förstärker eller motarbetar varandras syften (neutrala). Styrmedel kan också vara *inte* samstämmiga i betydelsen att de motarbetar varandras syften.

Vi analyserar vårt urval av styrmedel utifrån vilken nivå av samstämmighet de uppvisar i förhållande till principen om vård efter behov. För respektive styrmedel görs analysen för de tre dimensionerna mål, utformning, och målgrupp.

Mål avser vad som ska uppnås med ett styrmedel. Det aktuella styrmedlet är samstämmigt med principen om vård efter behov om styrmedlets mål kan kopplas samman med den principen, det vill säga att resurser fördelas efter behov. Bristande samstämmighet mellan ett styrmedels mål och principen om vård efter behov skulle till exempel kunna innebära att styrmedlets egentliga mål är att tillfredsställa en viss intressegrupp snarare än att effektivt styra mot en vård där resurserna fördelas efter patienternas och befolkningens behov.

Utformningen av ett styrmedel innebär det sätt som styrmedlet är utformat på, för att få till stånd det agerande som önskas för att nå styrmedlets mål. Även om målet skiljer sig från principen om vård efter behov kan styrmedel utformas på ett sätt som ger utrymme för att beakta andra mål, som en vård efter behov. Bristande samstämmighet innebär att styrmedlet är utformat på ett sätt som gör det svårare att uppfylla målet om vård efter behov. Utformningen av ett styrmedel kan innebära hårdare eller mjukare styrning (se avsnitt 4.1.2).

Målgruppen är de personer eller grupp som styrmedlet är menad att påverka. Enligt den etiska plattformen ska behovstäckningen vara som högst i grupper med de största behoven (prop. 1996/97:60). När en målgrupp för en viss insats, eller ett styrmedel, väljs, bör det alltså underbyggas med argument om att den gruppens behovstäckning är låg i förhållande till övriga grupper grad av behovstäckning.

Figur 7 visar de bedömningskriterier vi har använt för att bedöma graden av samstämmighet i respektive dimension. Att göra den typen av bedömningar av hur väl olika styrmedel är samstämmiga är svårt (Howlett och Rayner 2013, Nilsson m.fl. 2012), eftersom det är många parametrar att ta hänsyn till och det finns varken någon enhällig definition av begreppet



samstämmighet eller ett föredraget tillvägagångssätt att studera det på (Ashoff 2005, Nilsson m.fl. 2012). Men att det är ett område som är svårt att studera gör det inte mindre viktigt att ta sig an, snarare tvärtom (Howlett och Rayner 2013), och det finns ett antal internationella studier som undersöker samspel mellan styrmedel inom ett område, mellan områden eller mellan exempelvis nationell politik och EU-politik.

Även i vår analys finns ett antal utmaningar, framför allt med validitet i bedömningen av samstämmigheten. Det är svårt att göra nyanserade och konsekventa bedömningar när underlagen skiftar i både omfattning och detaljeringsgrad. Analysen ska därför inte ses som en exakt bedömning av graden av samstämmighet. Snarare är syftet att undersöka om respektive styrmedel i någon mån går i samma riktning som principen om vård efter behov.

Figur 7. Analysramverk för att bedöma graden av samstämmighet mellan ett urval av styrmedel och principen om vård efter behov.

		Dimension		
		Mål	Utformning	Målgrupp
Grad av samstämmighet	Till stor del samstämmigt	Styrmedlet har som mål att förstärka vård efter behov.	Styrmedlet underlättar för huvudmännen att fördela resurser enligt behov.	Valet av målgrupp motiveras utifrån behov.
	Neutralt	Styrmedlets mål är ett annat än att förstärka vård efter behov men står inte heller i direkt motsättning därtill.	Styrmedlet påverkar inte genomgående huvudmännens förutsättningar att fördela resurser enligt behov.	Målgruppen är ospecificerad, inkluderar alla patienter oavsett behov eller motiveras inte utifrån behov.
	Till stor del inte samstämmigt	Styrmedlets mål står i motsättning till vård efter behov.	Styrmedlet innebär att fördelning av resurser i stor utsträckning sker utifrån andra bevekelsegrunder än behov.	Valet av målgrupp motiveras utifrån andra faktorer än behov.

4.4 DEN JURIDISKA STYRNINGEN STÅR INTE I MOTSÄTTNING TILL VÅRD EFTER BEHOV, MEN DET FINNS RISKER

De tre styrmedel som ingår i vårt urval av juridisk styrning är

- vårdgarantin som anger tidsgränser för hur länge man som patient som längst ska behöva vänta när det gäller vissa delar av vårdkedjan (9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80))
- det nationella vårdvalet som ger patienter möjlighet att ta del av viss hälso- och sjukvård även i andra regioner än den egna (9 kap. 1 § patientlagen och 8 kap. 3 § HSL)
- lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. som innehåller principer för urvalet av läkemedel som ska subventioneras inom läkemedelsförmånen (15 § lagen om läkemedelsförmåner m.m.).

När det gäller både vårdgarantin och det nationella vårdvalet anser vi att de i princip förhåller sig neutrala till principen om vård efter behov (tabell 1). Som vi ser det står målen för dessa styrmedel inte i konflikt med principen om vård efter behov, och utformningen av dem möjliggör också att resurser fördelas efter behov. Målgrupperna för styrmedlen är alla patienter oavsett behov, vilket vi ser som neutralt gentemot vård efter behov. Men samtidigt förstärker inte de två styrmedlen principen om vård efter behov, utan har i stället förbättrad tillgänglighet respektive regional jämlikhet och ökad valfrihet för patienten som främsta mål.

Det finns välkända risker med utformningen av båda styrmedlen som innebär att även om de i princip kan ses som neutrala gentemot principen om vård efter behov, finns det en möjlighet för agerande som motsäger den. Exempelvis om vissa områden eller sjukdomsgrupper nedprioriteras för att vårdgarantin ska uppfyllas för andra grupper med mindre behov, eller om personer med större behov har svårare att ta del av det nationella vårdvalet.

När det gäller lagen om läkemedelsförmåner utgår den i huvudsak från den etiska plattformen, inklusive principen om vård efter behov, och förstärker den därmed på området förmånsläkemedel.



Tabell 1. Sammanställning av vår bedömning av samstämmigheten mellan principen om vård efter behov och tre juridiska styrmedel.

	Mål	Utformning	Målgrupp
Vårdgarantin	<i>Neutralt</i> Tillgänglighet: Att säkerställa en gräns för hur länge en patient som längst ska behöva vänta på att få kontakt med, bedömning av eller behandling i hälso- och sjukvården.	<i>Neutralt</i> Sammantaget bedömer vi att utformningen kan ses som neutral, men det finns risk för bristande samstämmighet om exempelvis vissa områden eller patientgrupper nedprioriteras för att vårdgarantin ska uppfyllas för andra grupper med mindre behov.	<i>Neutralt</i> Vänder sig till alla patienter oavsett behov, vilket vi ser som neutralt i förhållande till principen om vård efter behov.
Nationellt vårdval	<i>Neutralt</i> Stärka patientens ställning, öka valfriheten och öka den regionala jämlikheten.	<i>Till stor del samstämmigt – men kan innebära utmaningar för regionernas prioriteringar</i> En regions medvetna prioritering att inte utföra en insats för en viss patient spelas över och belastar ändå regionen när patienten får insatsen i en annan region.	<i>Neutralt</i> Vänder sig till alla patienter oavsett behov, vilket vi ser som neutralt i förhållande till principen om vård efter behov.
Lagen om läkemedelsförmåner m.m.	<i>Till stor del samstämmigt</i> Utgår från den etiska plattformen.	<i>Till stor del samstämmigt</i> Utgår från den etiska plattformen.	<i>Neutralt</i> Vänder sig till alla patienter oavsett behov, vilket vi ser som neutralt i förhållande till principen om vård efter behov.

4.4.1 Vårdgarantin anger tidsgränser för när vissa delar av vårdkedjan ska erbjudas

Den nationella vårdgarantin regleras i författning sedan 2010 (9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), se rutan nedan). Även dessförinnan fanns en vårdgaranti genom en överenskommelse från 2005 mellan regeringen och Landstingsförbundet. Vårdgarantin innebär en skyldighet för regionerna att säkerställa att den enskilde inom viss tid får tillgång till vissa delar av vårdkedjan.

Eftersom den etiska plattformen i första hand handlar om vård och behandling, snarare än medicinska bedömningar, och eftersom diagnostik ligger utanför prioriteringsgrupperna (prop. 1996/97:60), omfattar vår analys bara vårdgarantin när det gäller beslutad eller planerad vård och behandling, men inte bedömning av om ett behov finns och vad det i så fall består i.

Vårdgarantin innebär att en patient ska få

- kontakt med primärvården samma dag som hen söker kontakt (tillgänglighetsgaranti)
- en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att hen har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när hen först söker kontakt (bedömningsgaranti inom primärvården)
- besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att en remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att patienten har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården)
- påbörjad behandling inom 90 dagar efter att vårdgivaren har beslutat om planerad vård (behandlingsgaranti).

(6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80))

Om regionen inte uppfyller besöksgarantin inom den specialiserade vården eller behandlingsgarantin, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten (9 kap. 2 § HSL). Vårdgarantin gäller dock inte för personer vars vård är en annan regions ansvar (9 kap. 1 § HSL).

Mål: Vårdgarantin riktar in sig på tillgänglighet

Målet med vårdgarantin är att öka hälso- och sjukvårdens tillgänglighet genom att säkerställa en gräns för hur länge en patient som längst ska behöva vänta på att få kontakt med, bedömning av, besök i och behandling i olika delar av hälso- och sjukvården. Ett av skälen till införandet av en lagstadgad vårdgaranti var att tillgängligheten i vården bedömdes vara ett eftersatt område i behov av förbättringar. Andra skäl var bland annat att skapa bättre möjligheter till att utkräva politiskt ansvar om regionerna inte lever upp till sina skyldigheter, och att stärka patientens ställning när det gäller att få vård inom en viss tid (prop. 2009/10:67).

Vårdgarantin riktar in sig på att stärka målet om en tillgänglig hälso- och sjukvård, som är neutralt i förhållande till vård efter behov. När det gäller behandlingsgarantin inom vårdgarantin, som är den del av vårdgarantin



som tydligast handlar om att det finns ett konstaterat behov av åtgärd, är målet att samtliga patienter ska få vård inom en viss tid (90 dagar), oavsett svårighetsgrad. Även det målet bedömer vi är neutralt i förhållande till vård efter behov, eftersom det inte behöver konkurrera med det. Behandlingsgarantin berör *beslutad* vård, och hindrar därmed inte att vissa åtgärder prioriteras bort.

Som vi har beskrivit i kapitel 2 betonas i förarbetena att även om hälso- och sjukvården ska sträva efter högst behovstäckning och därmed rikta mest resurser till dem med de största behoven, måste det även finnas utrymme att behandla mindre svåra tillstånd. Det är möjligt att det går att förena förhållandevis breda tidsgränser med principen om vård efter behov, och vi bedömer därmed att det inte finns någon självklar konflikt mellan målen vård efter behov och tillgänglighet. Däremot kan det finnas risker förenade med tillämpningen av vårdgarantin, och hur den kopplas till andra åtgärder, som uppföljning och möjligheten att välja utförare i andra regioner.

Utformning: Vårdgarantins utformning lämnar utrymme för prioriteringar efter behov, men det finns risker

Vårdgarantin utgör bland annat en gräns för när beslutad vård senast ska ges. Vårdgarantin är inte en garanti för att vård ska ges, och lämnar därför utrymme för hälso- och sjukvården att besluta om behandling ska prioriteras. Vårdgarantin har också medvetet getts vad som ansågs vara breda tidsgränser för att underlätta prioriteringar inom ramen för garantin (prop. 2009/10:67). I dessa avseenden är vårdgarantin neutral i förhållande till principen om vård efter behov.

I propositionen resonerar regeringen om hur vårdgarantin förhåller sig till den etiska plattformen när det gäller vård efter behov. Resonemangen behandlar på vilket sätt vertikala prioriteringar efter behov eventuellt *motverkas* av en vårdgaranti. I propositionen hänvisas till en utredning från Socialstyrelsen där det konstateras att det kan finnas risk för att undanträngning i termer av att de som närmar sig eller redan har passerat tidsgränsen i garantin prioriteras framför allvarligt sjuka som väntat en kortare tid. Enligt regeringen har det dock varit svårt att i tidigare uppföljningar av vårdgarantin påvisa och kvantifiera sådan undanträngning, men anger att det är en fråga som bör följas fortsättningsvis (prop. 2009/10:67).

När det gäller förhållandet mellan vårdgarantin och horisontella prioriteringar efter behov anges att dessa kan ske inom ramen för vårdgarantin: "Vårdgarantin får dock inte förstås så att den uttalar hur

snart en åtgärd för en specifik sjukdom bör ske inom vården. Ett beslut om det måste fattas inom hälso- och sjukvården utifrån omständigheterna i varje enskilt fall. Däremot uttalar vårdgarantin att alla beslutade besök och behandlingar bör ske senast inom vissa tydligt angivna tidsramar” (prop. 2009/10:67).

Däremot tar inte regeringen ställning för en vårdgaranti som skulle kunna *förstärka* en vård efter behov. Enligt behovs-solidaritetsprincipen ska behovstäckningen för de svåraste tillstånden vara högre än för mindre svåra tillstånd. Vårdgarantin är utformad så att tidsgränsen för när vården ska ges är densamma oavsett hur svårt sjukdomstillståndet är. Inom tidsgränsen finns ett visst utrymme att prioritera de svåraste tillstånden och vårdgarantin innebär inte att alla tillstånd ska behandlas. Däremot stödjer inte vårdgarantins utformning en vård efter behov genom att exempelvis variera med svårighetsgraden. Vissa av remissinsatserna föreslog en vårdgaranti med olika tidsgränser för sjukdomar med olika svårighetsgrad, men förslaget valdes inte mot bakgrund av att sådana prioriteringar kan åstadkommas inom ramen för vårdgarantin enligt regeringen (prop. 2009/10:67).

Vår bedömning är att vårdgarantin varken motverkar eller förstärker vård efter behov mellan sjukdomsgrupper och att den därmed är neutral i förhållande till den principen. Däremot kan det finnas risk att styrmedel som syftar till att förstärka vårdgarantin, som renodlad kvantitativ uppföljning och prestationsbaserade ersättningar, bidrar till att tränga undan målet om en vård efter behov. Kvantitativa mål och krav kan få stort utrymme i styrningen, ibland på bekostnad av andra mål. I vår regionstudie såg vi att verksamheter ofta följs upp utifrån hur väl de klarar vårdgarantin. Även i den nationella uppföljningen har uppfyllelse av vårdgarantin stort utrymme. I och med kömiljarden har även en prestationsbaserad ersättning kopplats till uppfyllelsen av vårdgarantin.

Vi tänker oss att det kan finnas en risk för att styrningen inriktas på att säkerställa att vårdgarantin följs, vilket kan ske på bekostnad av andra mål, som att vården ska ges efter behov. Sådana resonemang saknar en konsekvensanalys och förslag på hur eventuella risker ska hanteras i regeringens proposition.

Målgrupp

Den nationella vårdgarantin riktar sig till alla patienter, oberoende av behov, och vi har därmed inte gjort någon fördjupad analys av hur någon specifik målgrupp motiveras.



Sammantagen bedömning

Vårdgarantin är förhållandevis bred och behöver inte störa regionernas prioriteringar utifrån behov. Även om vårdgarantin ger utrymme för att prioriteringar ska ske enligt prioriteringsordningen stödjer den inte uttryckligen en högre behovstäckning för grupperna med de svåraste tillstånden.

Samtidigt kan det finnas risker kopplade till hur vårdgarantin implementeras i praktiken. Bedömningar av behov och svårighetsgrad görs separat för respektive sjukdomsgruppsgrupp, vårdområde eller verksamhet. Det kan medföra risk för att vårdgarantin leder till en form av undanträngning, så att svårare sjukdomstillstånd inte prioriteras framför lättare sjukdomstillstånd utan att alla områden behandlas likvärdigt.

Det finns med andra ord en risk att styrningen mot tillgänglighet konkurrerar med styrningen av resurser till de grupper som har störst behov. Styrmedel konkurrerar ofta om uppmärksamheten och som till exempel Power (1997) har lyft fram kan det finnas en risk att fokus hamnar på de mål och krav som är mätbara och som följs upp, på bekostnad av de som är svårare att mäta. Vårdgarantin följs regelbundet och kontinuerligt. Det har även förekommit att prestationsbaserade ersättningar kopplats till den.

I ett läge när en enhet med låg genomsnittlig svårighetsgrad har svårt att klara vårdgarantin samtidigt som det finns ett behov av att uppnå snabbare tillgång i en verksamhet med hög svårighetsgrad men som redan klarar vårdgarantins tidsgränser, vilken verksamhet kommer då att prioriteras? I en sådan situation kan det hända att vårdgarantin hamnar i konflikt med principen om vård efter behov.

4.4.2 Nationellt vårdval ger patienter möjlighet att ta del av vårdutbudet i andra regioner

Mot bakgrund av den kommunala självstyrelsen och ramlagstiftningen i hälso- och sjukvården, har huvudmännen ett relativt stort utrymme att välja hur de ska organisera och utforma sina verksamheter. Under senare tid har mycket av den statliga styrningen inriktats på att stärka den regionala jämlikheten, det vill säga att göra hälso- och sjukvården mer likartad för patienter oberoende av vilken region man bor i. Ett sådant exempel är bestämmelserna om nationellt vårdval (9 kap. 1 § patientlagen och 8 kap. 3 § HSL).

Det nationella vårdvalet innebär i korthet att patienter som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård i eller utanför den regionen ska

få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. Det är hemregionen som svarar för kostnaderna för sådan vård som en patient har fått i en annan region med stöd av vårdvalet, även om utbudet är annorlunda än det i patienternas hemregion (prop. 2013/14:106). Patienten omfattas däremot inte av vårdgarantin i någon annan region än i patientens "hemregion" (9 kap. 1 § patientlagen och 8 kap. 3 § HSL).

Mål: Möjligheten att välja utförare i en annan region strider inte mot principen om vård efter behov

Det övergripande målet med införandet av patientlagen var bland annat att stärka patientens ställning och inflytande inom hälso- och sjukvården (prop. 2013/14:106). Målet med införandet av det nationella vårdvalet var att öka patienternas möjligheter att själva välja utförare både inom och utom den egna regionen (prop. 2013/14:106).

Vi bedömer att syftet, att patienten får möjlighet att välja utförare utanför hemregionen, varken hindrar eller förstärker målet om vård efter behov. Skälet till vår bedömning är att patientens val av utförare inte står i konflikt med horisontella prioriteringar utifrån behov. Det som avgör hur en viss sjukdomsgrupp prioriteras på övergripande nivå är hur vårdresurserna fördelas till den här gruppen och inte vilken utförare som producerar vårderna. Snarare är det utformningen av det nationella vårdvalsystemet som kan försvåra horisontella prioriteringar efter behov, vilket vi diskuterar nedan.

Utformning: Nationellt vårdval kan försvåra regionernas prioriteringar

Utformningen av det nationella vårdvalet präglas av medvetenhet om principen om vård efter behov. Propositionen till patientlagen förhåller sig till principen när det gäller vertikala prioriteringar. Där anges att även utomlänspatienter ska "ingå i de prioriteringar som vårdgivaren gör baserat på de medicinska behov som patienten har". Dessutom görs bedömningen att det nationella vårdvalet i förlängningen kan leda till att dagens skillnader i vårdutbudet mellan regionerna justeras eller försvinner (prop. 2013/14:106). Ur ett nationellt perspektiv behöver därmed inte utformningen utmana vård efter behov, utan kan till viss del stärka den principen.

Däremot kan möjligheten för patienter att efterfråga vård i andra regioner försvåra för regionerna att prioritera bort vissa vårdinsatser, eftersom de behöver finansiera insatser som sker i andra regioner om patienter söker sig utanför hemregionen. I våra intervjuer i regionerna har inte det nationella vårdvalet lyfts upp som en faktor som försvårar prioriteringar. Att det



inte upplevs som ett stort problem vid prioriteringar kan vara ett resultat av att regioner sällan gör öppna bortprioriteringar, exempelvis av vissa behandlingar vid vissa sjukdomstillstånd. I andra studier har problemet aktualiserats när det gäller till exempel behandlingar vid barnlöshet och steriliseringar (se t.ex. Vårdanalys 2016).

Målgrupp

Det nationella vårdvalet omfattar samtliga patienter som är aktuella för öppenvård inom den svenska hälso- och sjukvården. Därmed har vi inte gjort någon fördjupad analys av hur någon specifik målgrupp motiveras.

Däremot kan reformen påverka den horisontella jämlikheten mellan sjukdomsgrupper indirekt. Eftersom regionerna inte kan prioritera sina egna invånare framför patienter som är bosatta i andra regioner (prop. 2013/14:106), har reformen förutsättningar att skapa större möjligheter för vård efter behov ur ett nationellt perspektiv. Exempelvis kan det innebära att svårt sjuka patienter prioriteras högst oavsett var i landet de bor.

Samtidigt har vårdvalet ibland kritiserats för att i störst utsträckning gynna de personer som exempelvis har lättare att göra sin efterfrågan hörd och som har möjligheter att betala för resor. Som har poängterats i betänkanden och andra rapporter (se t.ex. SOU 2019:42, Vårdanalys 2016) riskerar vårdvalmekanismer att ge patienter möjligheter som är svåra för vissa grupper att använda sig av. Sådana grupper i samhället, som personer med funktionsnedsättning eller äldre, brukar i sin tur ha ett större behov av hälso- och sjukvård, vilket indirekt kan bidra till att starkare och mer aktivt deltagande grupper relativt sett prioriteras mer.

Sammantagen bedömning

Vi bedömer att det nationella vårdvalet är neutralt i förhållande till principen om vård efter behov på nationell nivå. Att vissa regioner är ”generösare” med vissa typer av vård samtidigt som övriga regioner åläggs att finansiera vården för de patienter som söker sig till dessa regioner skapar förutsättningar för ökad regional jämlikhet. Samtidigt kan det medföra att regionernas egna prioriteringar äventyras, eftersom de förmås finansiera även åtgärder som prioriterats ned.

4.4.3 Lagen om läkemedelsförmåner m.m.

Läkemedel är en integrerad del av hälso- och sjukvården. Frågor om läkemedelsförmåner och prisreglering av läkemedel regleras främst i lagen

(2002:160) om läkemedelsförmåner m.m., förmånslagen. Ett receptbelagt läkemedel omfattas av läkemedelsförmånerna under förutsättning att

- kostnaderna för användning av läkemedlet, med beaktande av bestämmelserna i 3 kap. 1 § HSL, framstår som rimliga från medicinska, humanitära och samhällsekonomiska synpunkter, och
- det inte finns andra tillgängliga läkemedel eller behandlingsmetoder som enligt en sådan avvägning mellan avsedd effekt och skadeverkningar som avses i 4 kap. 1 § första stycket läkemedelslagen (2015:315) är att bedöma som väsentligt mer ändamålsenliga (15 § förmånslagen).

Till skillnad från andra statliga styrmedel som ingår i vår kartläggning riktar sig inte förmånslagen till regionerna, utan tillämpas av den statliga myndigheten Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). TLV är den myndighet som fattar beslut om vilka läkemedel och förbrukningsartiklar som ska ingå i läkemedelsförmånerna samt fastställer även inköpspris och försäljningspris (7 § förmånslagen).

Mål: Förmånslagen utgår från den etiska plattformen

Den etiska plattformen är en viktig utgångspunkt i förmånslagen, som innehåller en tydlig hänvisning till målet om vård efter behov och vård på lika villkor. Hänvisningen till 3 kap. 1 § HSL i lagen innebär att människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen ska beaktas i bedömningen. Eftersom kostnadseffektivitetsprincipen inte är lagfäst i den bestämmelse i HSL som ger uttryck för människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen, finns en särskild skrivning om det intagen i förmånslagen (första punkten ovan).

På flera håll i förarbetena anges att subventionsbeslut på läkemedelsområdet ska utgå från den etiska plattformen (se t.ex. prop. 2001/02:63 och prop. 2013/14:93). Däremot anges att formuleringen om kostnadseffektivitet i förmånslagen innehåller vissa kompletterande kriterier som kan sägas vara en precisering av kostnadseffektivitetsprincipen för läkemedelsområdet (prop. 2001/02:63). Det handlar om att kostnaden för användningen av läkemedel med tillämpning av kostnadseffektivitetsprincipen bör vara rimlig utifrån medicinska, humanitära och samhällsekonomiska aspekter. Detta är dock enligt propositionen i överensstämmelse med de principer som regeringen och riksdagen är eniga om i fråga om prioriteringar i hälso- och sjukvården (prop. 2001/02:63).



I förarbetena till förmånslagen framhålls att det är avgörande att läkemedel ses som en integrerad del av den övriga hälso- och sjukvården samt att de resurser som läkemedel tar i anspråk ska ingå i de samlade resurserna för hälso- och sjukvården (prop. 2001/02:63). Därmed gäller den etiska plattformen även för subventions- och prissättningssystemet som regleras av förmånslagen. Som vi beskrivit i kapitel 2 innebär den etiska plattformen och dess förarbeten att svårare tillstånd ska kunna vara förenade med högre kostnader, men att kostnaden måste stå i rimlig proportion till nyttan.

Utformning: Skapar förmånslagen förutsättningar att styra resurser efter behov?

I intervjuer med TLV framgår att den etiska plattformen är en viktig utgångspunkt för deras bedömningar. Vid TLV:s bedömningar av vilka läkemedel som ska ingå i läkemedelsförmånen görs en hälsoekonomisk värdering som går ut på att ta fram kostnaden per QALY (kvalitetsjusterat levnadsår) för ett läkemedel. Kostnaden per vunnen QALY visar på hur stor kostnadseffektiviteten är. Enligt den etiska plattformen bör kraven på kostnadseffektivitet ställas lägre för svåra tillstånd än för mindre svåra. För att avgöra om ett läkemedel ska ingå i förmånen eller inte, tar TLV hänsyn till svårighetsgraden. TLV:s bedömningar av svårighetsgraden görs utifrån bland annat storlek på livskvalitetsförlust, hur länge denna livskvalitetsförlust varar samt risk för förtida död. TLV beräknar inget mått på svårighetsgrad utan gör en kvalitativ bedömning.

Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att en rimlig relation mellan kostnader och effekt bör eftersträvas. Vad som avses med en rimlig relation mellan kostnader och effekt specificeras inte i lagstiftningen och dess förarbeten. Det specificeras inte heller hur kostnadseffektivitetsprincipen ska tillämpas mellan olika sjukdomsgrupper eller hur mycket svårare tillstånd ska få kosta. I vår intervju med TLV framgick att man uppfattar att lagen ger otydlig vägledning när det gäller kostnadseffektivitetsprincipen i förhållande till människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen, och vad som avses med en rimlig relation mellan kostnad och effekt (intervju med TLV 2019).

Den uppfattade otydligheten kan leda till att det finns en viss osäkerhet om hur bedömningen av rimlig merkostnad ska ske. TLV uppfattar det som orimligt att behovs-solidaritetsprincipen ska ges ett absolut företräde framför kostnadseffektivitetshänsyn, något man anser riskerar att leda till att hälso- och sjukvårdens alla resurser läggs på de svåraste tillstånden, vilket i sin tur skulle leda till ineffektivitet i sjukvårdssystemet. Enligt TLV

löser myndigheten det genom att tillämpa ett bredare spann för accepterad kostnad i förhållande till nyttan för högre svårighetsgrader. Detta bekräftas också av Svensson med flera (2015), som visar att TLV:s betalningsvilja i genomsnitt är högre för läkemedel som i första hand används för svårare sjukdomstillstånd.

Målgrupp

Lagen om läkemedelsförmåner m.m. riktar sig till alla patienter, oberoende av behov, och vi har därmed inte gjort någon fördjupad analys av hur någon specifik målgrupp motiveras.

Sammantagen bedömning

Eftersom läkemedelsförmånslagen utgår från den etiska plattformen bedömer vi att den är samstämmig med principen om vård efter behov.

I besluten tillämpas olika gränsvärden för olika svårighetsgrader. Att det saknas enhetliga principer för att bedöma svårighetsgraden och gränsvärden för kostnad per QALY kan däremot innebära utmaningar när det gäller att

Betoningen på kostnadseffektivitet har ibland uppfattats som starkare i förmånslagen än i den etiska plattformen

Trots att läkemedel omfattas av den etiska plattformen, på samma sätt som hälso- och sjukvård i övrigt, har kostnadseffektiviteten i TLV:s tillämpning ibland ansetts ha en större tyngd än i den etiska plattformen. Exempelvis menar Sandman (2015) att den praktiska tillämpningen av lagen tidigare vittnade om att kostnadseffektiviteten tillmäts större betydelse vid avvägningar mellan verksamhetsområden än vad den etiska plattformen avser.

Ett välkänt exempel på ett beslut som uppfattats strida mot den etiska plattformen var att räkna in effekter på produktionen som uppstår till följd av deltagande i arbetslivet efter behandling vid bedömningen om subvention av Zytiga, ett läkemedel mot prostatacancer. Beslutet kritiserades av bland annat PRO för att strida mot människovärdesprincipen, som innebär att man inte får ta någon hänsyn till kronologisk ålder eller social och ekonomisk ställning. TLV ändrade därefter beslutet.

I intervjuer har representanter för TLV uppgett att man under senare år kommit att lägga mindre vikt vid kostnadseffektivitet i sina beslut, på så sätt att myndigheten i dag tillämpar ett bredare spann för accepterad kostnad per QALY för högre svårighetgrader. TLV:s översyn av tillämpningen av den etiska plattformen har lett till ändringar i myndighetens allmänna råd om hälsoekonomiska utvärderingar (TLV 2003).

I förmånslagen framstår möjligheten det samhällsekonomiska perspektivet tydligare än i HSL, där kostnadseffektivitetsprincipen inte framhålls tillsammans med människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen. SMER (2018) har även framhållit att rangordningen av de etiska principerna inte framgår lika tydligt i förmånslagen och dess förarbeten som i HSL och dess förarbeten. Det skulle kunna vara en förklaring till den starkare betoningen på kostnadseffektivitet i TLV:s tillämpning initialt.



uppnå jämlikhet mellan sjukdomsgrupper. Detta gäller dock inte bara mellan de sjukdomstillstånd där förmånsläkemedel är en del av behandlingen, utan även i förhållande till behandlingsmetoder som andra aktörer ansvarar för. Att det saknas gemensamma principer för bedömning av svårighetsgrad och kostnadseffektivitet för alla aktörer skapar bristande förutsättningar för att avgöra hur det förhåller sig med jämlikheten mellan sjukdomsgrupper.

4.5 OTYDLIG KOPPLING TILL VÅRD EFTER BEHOV I FLERA DELAR AV DEN EKONOMISKA STYRNINGEN

När det gäller ekonomisk styrning fokuserar vi på ett urval av riktade statsbidrag som har förekommit sedan 2008 och som utformats som överenskommelser mellan SKR och staten. Vår övergripande slutsats är att ingen av de insatser som ingår i vårt urval har som direkt uttryckligt mål att förstärka vård efter behov. I stället är det andra mål som ofta lyfts fram.

Det innebär inte nödvändigtvis att insatserna är inkonsekventa med principen om vård efter behov. Om insatsen motiveras av eller grundas i en analys utifrån behov och hur de förhåller sig till behoven i andra grupper, kan satsningen ändå vara i linje med, eller till och med förstärka, vård efter behov.

Men även om principen om vård efter behov ofta nämns i bakgrundsdokumentet till insatserna, saknas det ofta en direkt koppling till den. Det saknas också ofta en tydlig jämförande behovsanalys där behoven av den aktuella insatsen sätts i relation till behoven av andra möjliga insatser. Bilaga 3 listar de dokument som vi genomlyst för respektive insats.

4.5.1 Riktade statsbidrag utformas ofta genom överenskommelser mellan SKR och staten

Riktade statsbidrag är ett sätt för regeringen att påverka huvudmännens insatser eller prioriteringar (Statskontoret 2011). De är, till skillnad från generella statsbidrag, öronmärkta för specifika ändamål och sker huvudsakligen som en följd av en överenskommelse mellan regeringen och SKR (Statskontoret 2011, SKR 2020). Mellan 2013 och 2018 fördelade staten riktade statsbidrag för omkring 4–5 procent av regionernas totala intäkter, medan de generella statsbidragen stod för omkring 8–9 procent (SKL 2019).

Riktade statsbidrag kan vara av olika karaktär (se rutan). De kan vara processinriktade eller rikta sig till en speciell grupp utifrån sjukdom (sjukdomsgruppsinriktade) eller demografi (befolkningsgruppsinriktade).

Dessutom kan utbetalningarna vara av olika form, där det finns fyra huvudsakliga former: stimulansmedel, projektmedel, verksamhetsbidrag och prestationsbaserade ersättningar (Riksrevisionen 2016).

Olika typer av riktade statsbidrag

Statsbidragen kan skilja sig när det gäller vilken typ av inriktning de har och vilken form av ersättning som ges.

Tre typer av inriktning

- **Processinriktade:** Gäller hälso- och sjukvården i allmänhet, oavsett sjukdomsområde, exempelvis informationsteknik, personalförsörjning eller tillgänglighet inom vården som helhet.
- **Sjukdomsinriktade:** riktar sig till patienter med exempelvis cancer eller psykisk ohälsa.
- **Befolkningsgruppsinriktade:** riktar sig till en specifik grupp utifrån demografi, exempelvis, barn och unga, äldre eller kvinnor.

Fyra former av utbetalningar (Riksrevisionen 2016):

- **Stimulansmedel:** Syftar ofta till att ta fram nya arbetssätt. Betalas ut på förhand och fördelas vanligtvis efter regionernas befolkning.
- **Projektmedel:** Vanlig form som finansierar projekt. Kräver ansökan.
- **Verksamhetsbidrag:** Går till de regioner som bedriver en viss verksamhet eller direkt till verksamheterna ifråga. Kräver ansökan.
- **Prestationsbaserad ersättning:** Betalas ut som ersättningar i efterskott, är i regel bundna till särskilda utförda prestationer och viktas även ofta enligt regionernas befolkningsmängd.

Mål: Ökad behovsstyrning verkar inte vara övergripande målet

Målen för de riktade statsbidragen skiljer sig förstås från en överenskommelse till en annan (se tabell 2 som sammanfattar målen för respektive satsning). Övergripande kan vi konstatera att ingen av de insatser som ingår i vårt urval har som direkt uttalat mål att förstärka vård efter behov eller förbättra förutsättningarna för att fördela resurser efter behov. I stället är det andra mål som ofta lyfts fram.



Tabell 2. Sammanfattning av mål och förhållande till principen om vård efter behov för ett urval av riktade statsbidrag sedan 2008.

Satsning	Mål och syfte	Förhåller sig insatsen till principen om vård efter behov?	Görs en jämförande behovsanalys?
Kömiljarden	Förbättra tillgängligheten.	Den nämns, men det finns ingen direkt koppling.	Vänder sig till alla patienter oavsett behov.
Kvinnors hälsa	En mer tillgänglig, säker, kunskapsbaserad och jämlik vård inom förlossningsvård, primärvård och annan vård som bidrar till att främja kvinnors hälsa.	Den nämns, men det finns ingen direkt koppling.	Delvis olika fokus från år till år. Otydliga analyser av hur behoven förhåller sig till andra gruppers behov.
Kroniker-satsningen	Utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar (mer patientcentrering, mer kunskapsbaserad vård och fokus på prevention och tidig uppmärksamhet).	Den nämns, men det finns ingen direkt koppling.	Otydlig analys av hur behoven förhåller sig till andra gruppers behov.
Psykisk ohälsa:			
Handlingsplan 1 och 2	Stärka stödet till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa samt till psykiskt funktionshindrade.	Den nämns, men det finns ingen direkt koppling.	Otydlig analys av hur behoven förhåller sig till andra gruppers behov.
Psykiatri-satsningen	Förbättra tillgängligheten till och kvaliteten i den psykiatriska vården och de sociala stödverksamheterna utifrån tre huvudområden: vården, vardagen och valfriheten.	Nej	Otydlig analys av hur behoven förhåller sig till andra gruppers behov.
PRIO Psykisk ohälsa	En jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet, tillgång till arbete och anpassad sysselsättning, samt möjlighet till delaktighet och inflytande.	Nej	Otydlig analys av hur behoven förhåller sig till andra gruppers behov.
Psykisk hälsa	Främja psykisk hälsa, motverka ohälsa, förstärka tidiga insatser till personer som drabbas av psykisk hälsa och förbättra vården och omsorgen för personer med omfattande behov av insatser.	Den nämns, men det finns ingen direkt koppling.	Otydlig analys av hur behoven förhåller sig till andra gruppers behov.

Not: Resultaten redovisas i sin helhet i en studentuppsats som skrevs som en del av projektet (Eldh 2019). Handlingsplan 1 och 2 mot psykisk ohälsa är nationella handlingsplaner för hälso- och sjukvården, där psykisk ohälsa ingår som ett av fyra områden som särskilt lyfts fram. Bilaga 3 listar de dokument som vi genomlyst för respektive insats.

Ett vanligt mål bland de riktade statsbidrag som ingår i vår analys är att förbättra tillgängligheten. Kömiljarden, som 2009–2014 kompletterade den nationella vårdgarantin, är ett exempel där bättre tillgänglighet genom kortare väntetider är ett uttalat och huvudsakligt mål. Men även i andra riktade statsbidrag är tillgänglighet en aspekt som berörs bland målen. Både satsningen på kvinnors hälsa och psykiatrisatsningen uttrycker till exempel att förbättrad tillgänglighet för satsningens målgrupper är ett syfte.

Men även om målet inte uttryckligen är att öka behovsstyrningen av resurserna kan insatserna stödja en vård efter behov. Om en riktad satsning på en viss patientgrupp eller ett visst sjukdomsområde motiveras av eller grundas i en analys utifrån behovens storlek och hur väl de täcks i olika grupper, kan satsningen ändå förstärka behovsstyrningen. Vi har därför också undersökt om det finns en tydlig koppling till principen om vård efter behov i underlagen till de riktade satsningarna. Vi har sökt efter en *jämförande* behovsanalys av något slag, där behoven av den aktuella insatsen och hur de förhåller sig till behoven i andra grupper beskrivs. Det är alltså inte tillräckligt att insatsen motiveras utifrån kända brister eller att det finns behov av förbättringar för den aktuella gruppen. Däremot har vi inte analyserat eller utvärderat om de bedömningar som eventuellt redovisas i dokumenten är rimliga eller om styrmedlen är det som borde vara det mest prioriterade i behovs-solidaritetsprincipens bemärkelse.

De flesta av de statsbidrag som ingår i vårt urval saknar en direkt koppling till principen om vård efter behov, och det framgår inte att satsningen grundar sig i ett behov av att prioritera just den satsningen i förhållande till andra grupper eller insatser (tabell 2). Vård efter behov nämns ofta, om än i olika utsträckning. Exempelvis i den första och andra nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården, där psykisk ohälsa är ett område som särskilt lyfts fram, beskrivs den etiska plattformen förhållandevis ingående. Bland annat lyfts vikten av att göra öppna prioriteringar fram, och att det är enda sättet att kunna bedöma om gjorda prioriteringar stämmer överens med den etiska plattformen. Den etiska plattformen är alltså närvarande, men det framgår inte sedan hur insatserna för att stärka den psykiska hälsan förhåller sig till den. Det gör att det blir otydligt vilka bedömningar som ligger till grund för att just insatser för att stärka den psykiska hälsan är motiverade, i förhållande till insatser för andra grupper.

Överlag motiveras de olika riktade statsbidragen ofta utifrån en beskrivning av att det finns ett behov i bemärkelsen att det finns kända problem eller brister inom det aktuella området som behöver förbättras.



Men sådana behov sätts inte uttalat i relation till liknande behov inom andra områden, vilket innebär att det inte framgår att det har gjorts någon bedömning av om den horisontella prioriteringen är motiverad.

Exempelvis när det gäller överenskommelserna mellan regeringen och SKR inom satsningen på kvinnors hälsa finns det skrivningar som kan fungera som argument för att kvinnor i allmänhet, och särskilt mer socioekonomiskt utsatta kvinnor, bör prioriteras. En viktig del av satsningen riktas till förlossningsvården och vården av gravida, men det finns ingen analys eller underlag som visar hur behoven bland gravida förhåller sig till behoven i andra grupper, inom eller utom satsningen. Regeringens budgetpropositioner motiverar satsningarna på förlossningsvården med att sjukdomar som kvinnor oftare drabbas av är mindre prioriterade inom hälso- och sjukvården (prop. 2014/15:1, prop. 2015/16:1).

När det gäller kronikersatsningen utgick den från väl kända behov för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar (Vårdanalys 2018b). Satsningen riktar sig till en bred grupp personer med kroniska åkommor, från breda folksjukdomar som astma, diabetes och långvarig smärta, till sällsynta sjukdomar som innebär omfattande funktionsnedsättningar. Den motiveras av att forskning och erfarenhet visar att kroniska sjukdomar kan förebyggas och behandlas, och att bättre vård av kroniskt sjuka är samhällsekonomiskt viktigt. Men det finns inga resonemang om hur behoven och behovstäckningen i de grupper som satsningen riktar sig till förhåller sig till behoven och behovstäckningen i andra grupper.

Utformning: Styreffekten kan vara starkare eller svagare – och påverka regionernas prioriteringar i olika utsträckning

Riktade statsbidrag innebär att staten ger extra ersättning för arbete inom ett visst område – det är poängen med sådana bidrag och ett sätt för staten att påverka huvudmännens arbete. Det innebär därmed också att staten kan påverka fördelningen av resurser mellan olika områden. Om staten inte har gjort en jämförande behovsanalys utifrån hur behovstäckningen ser ut i olika grupper inför satsningen, finns också en risk att sådana resurstillskott motverkar att resurserna fördelas efter behov.

En försvarande omständighet för staten att göra träffsäkra riktade satsningar, även om en jämförande behovsanalys görs på förhand, är att behoven ofta ser olika ut i olika regioner. Ett område som är eftersatt i en region behöver inte vara det i en annan. Mot bakgrund av det går det att argumentera att ju bredare och mer allmänt hållen användningen av ett riktat statsbidrag är, desto mindre är risken att regionernas egna behovsanalyser (om sådana görs) och prioriteringar baserat på dessa åsidosätts. Exempel

på satsningar där överenskommelserna, som ligger till grund för de riktade statsbidragen, har formulerats brett är kronikersatsningen och satsningen på kvinnors hälsa. Överenskommelserna inom kronikersatsningen, där regionerna tilldelades utvecklingsmedel, gav utrymme för en lokal variation där regionerna själva prioriterade utvecklingsarbetet och insatserna efter lokala behov utifrån satsningens fokus och några specificerade insatsområden (Vårdanalys 2018b). Överenskommelserna inom satsningen på kvinnors hälsa, där regionerna tilldelats stimulansmedel, lämnar förhållandevis öppet till regionerna att avgöra vad de vill lägga medlen på. Vårdanalys uppföljning av satsningen har också visat att det är en bredd av olika aktiviteter som har genomförts (Vårdanalys 2018a).

Samtidigt som det alltså kan finnas sätt att minska risken för att ett riktat statsbidrag åsidosätter regionens egna bedömningar av prioriteringar utifrån hur behoven ser ut i regionen, innebär sådana upplägg en trubbigare satsning vars effekt är svårare att följa upp och utvärdera. Den statliga styreffekten blir mindre.

Det kan också finnas möjligheter för regionerna att omfördela sina egna medel, så att tillskottet från det riktade statsbidraget inte påverkar fördelningen på det stora hela. Det kan exempelvis handla om att regionen låter tillskottet av resurser från det riktade statsbidraget ersätta sedan tidigare planerade resurser och att de då omfördelas dit regionen önskar.

Processinriktade statsbidrag, som exempelvis syftar till att korta väntetider eller påskynda digitalisering i vården som helhet, kan naturligen sägas ha mindre påverkan på hur resurserna fördelas mellan olika sjukdomsgrupper, eftersom de inte lyfter fram någon särskild grupp. Om satsningen handlar om att korta väntetider, finns det sedan utrymme för varje region att avgöra vilken patientgrupp som är mest prioriterad och hur målet ska nås.

Men också ett processinriktat statsbidrag kan uppfattas alltför styrande och leda till snedvridningar i prioriteringarna. Exempelvis har det riktats kritik mot kömiljarden (Socialstyrelsen 2012, Vårdanalys 2015b). Kärnan i kritiken har varit att styrmedlet leder till att förhållandevis lågt prioriterade grupper prioriteras, för att tidsgränserna ska hållas och regionen ska få ta del av ersättningen. Samtidigt prioriteras grupper inom sjukdomsområden med högre prioritet ner, liksom besök och behandlingar som inte ingår som mått i målen. Även om resurstillskottet är litet i förhållande till huvudmännens totala budgetar och även om det inte finns något i utformningen av satsningen som säger att de medicinska prioriteringarna ska åsidosättas, kan en sådan ersättning alltså ha stor styreffekt med oönskade sidoeffekter till följd av hur den tillämpas och implementeras i verksamheterna.



Målgrupp: Otydliga motiveringar på samma sätt som med målen

Målgrupperna för de riktade statsbidragen sammanfaller ofta med målbeskrivningen. Exempelvis är målgruppen för statsbidragen inom psykisk ohälsa just patienter med psykisk ohälsa, och kroniker är målgruppen i satsningen att utveckla vården för dem med kroniska åkommor. Om målet med satsningen inte grundas i en jämförande behovsanalys eller saknar en diskussion utifrån principen om vård efter behov, saknas följaktligen också motiveringar och jämförande behovsanalys av målgrupperna.

I vissa fall framhålls vissa specifika undergrupper som särskilt prioriterade i satsningarna. Exempelvis när det gäller satsningen på kvinnors hälsa har fokus i överenskommelserna förändrats över tid. I inledningen betonades både förlossningsvården och primärvården, med särskilt fokus på socioekonomiskt utsatta kvinnor. I de senare överenskommelserna saknas däremot notiser om vikten av primärvården, och socioekonomiskt utsatta grupper nämns inte längre specifikt. När det gäller handlingsplan 1 och 2 mot psykisk ohälsa lyfts tre grupper fram som särskilt viktiga: barn och ungdomar, psykiskt funktionshindrade samt äldre. I handlingsplanerna finns resonemang om varför regeringen menar att just dessa grupper bör prioriteras och vilka underlag som ligger till grund för beskrivningen, även om det saknas viss tydlighet när det gäller hur de otillfredsställda behoven för dessa grupper förhåller sig till behovstäckningen för andra grupper.

Sammantagen bedömning

Vår sammantagna bedömning av de riktade statsbidragen som ingår i vårt urval är att de överlag motiveras utifrån kända brister eller behov. Men behoven sätts inte i relation till behov i andra grupper eller behov av andra insatser. Det vill säga, behoven rangordnas inte. Det innebär att målgruppen, i de fall satsningarna riktar sig till en specifik grupp utifrån sjukdom eller demografi, ofta inte motiveras baserat på en *jämförande* behovsanalys. Det är ovanligt att de riktade statsbidragen motiveras av skillnader i hur väl olika gruppers hälso- och sjukvårdsbehov är tillfredsställda. Överlag är kopplingen till principen om vård efter behov otydlig i dokumentationen som ligger bakom en satsning.

Generellt innebär riktade statsbidrag att huvudmännens prioriteringar påverkas och åsidosätts. Idén med bidragen är att ge ersättning för arbete inom ett visst område och på så vis påverka huvudmännens arbete. Men hur stor påverkan blir i praktiken kan bero på utformningen av det riktade bidraget. Breda och allmänt hållna satsningar ger regionerna större möjlighet att använda de statliga medlen till sådant som de själva anser gör

störst nytta utifrån lokala behov. Men det förutsätter att regionerna har en tillfredsställande modell för att säkerställa att resurser fördelas efter behov.

Om inte regeringen har gjort en genomgående jämförande behovsanalys och säkerställt hur situationen ser ut i samtliga regioner, bedömer vi att processinriktade insatser innebär en mindre risk än sjukdomsspecifika insatser för felprioritering i regionerna mellan sjukdomsgrupper. Skälet till den bedömningen är att processinriktade insatser inte lyfter fram någon specifik grupp och därmed lämnar visst utrymme för regionerna att beakta behoven i olika grupper.

4.6 NATIONELLA RIKTLINJER

Det styrmedel som ingår i vårt urval när det gäller kunskapsstyrning är Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Vi bedömer att målet är samstämmigt med principen om vård efter behov, men att utformningen och målgruppen inte nödvändigtvis är det (tabell 3).

De nationella riktlinjerna innehåller rekommendationer på gruppnivå om hur angelägna ett urval av åtgärder är vid vissa definierade hälsotillstånd. De syftar till att vara ett stöd för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2013). Som riktlinjerna har utformats hitintills är de främst ett stöd för vertikala prioriteringar, medan de i dagsläget inte är ett tydligt stöd för horisontella prioriteringar. Om målgruppen är samstämmig med principen om vård efter behov beror på vilka sjukdomsgrupper som blir föremål för nationella riktlinjer. Därför är processen för beslut om vilket område som ska bli föremål för nationella riktlinjer viktig. Beslutet om vilka riktlinjer som ska tas fram fattas både av Socialstyrelsen och av regeringen (dialog med Socialstyrelsen april 2020). Det har tidigare framhållits att det är otydligt hur processen bakom ett sådant beslut ser ut (Vårdanalys 2015a).

Tabell 3. Sammanställning av vår bedömning av samstämmigheten mellan principen om vård efter behov och nationella riktlinjer utifrån mål, utformning och målgrupp.

	Mål	Utformning	Målgrupp
Nationella riktlinjer	<i>Till stor del samstämmigt</i>	<i>Neutral</i>	<i>Oklart</i>
	Nationella riktlinjer syftar till att vara ett stöd för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.	Riktlinjerna fokuserar främst på vertikala prioriteringar och ger inte direkt stöd för prioriteringar mellan sjukdomsgrupper.	Det beror på om valet av sjukdomsgrupper som är föremål för nationella riktlinjer görs utifrån behoven.



4.6.1 Nationella riktlinjer ska ge stöd till prioriteringar

I regeringens proposition som låg till grund för riksdagsbeslutet om riktlinjer för prioriteringar föreslogs att Socialstyrelsen borde ge vägledning för riktlinjerna (prop. 1996/97:60). År 2000 fick Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta beslutsstöd för prioriteringar i sina riktlinjer för vård och behandling, utifrån den etiska plattformen (Riksrevisionen 2004, Skr. 2001/02:87). Arbetet har utvecklats kontinuerligt, och är i dag Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Nationella riktlinjer är ett ”stöd för vården och omsorgen att prioritera rätt åtgärder till dem med störst behov”. De omfattar vissa sjukdomar och innehåller information om vilka åtgärder som rekommenderas vid dessa hälsotillstånd (Socialstyrelsen 2013). För att ta fram de nationella riktlinjerna använder sig Socialstyrelsen av den nationella modellen för öppna prioriteringar (se rutan nedan). Enligt Prioriteringscentrum (2017) utgår den från HSL:s och den etiska plattformens principer. Modellen ger stöd för både vertikala och horisontella prioriteringar, men Socialstyrelsen tillämpar den i första hand för vertikala prioriteringar, det vill säga inom ett sjukdomstillstånd.

Rekommendationerna består av rangordnade tillstånd-åtgärdspar och ger därmed vägledning om prioritering av insatser. Svårighetsgrad spelar en betydande roll (Socialstyrelsen 2013), men även andra aspekter vägs in. Rangordningen sker genom en sammanvägning av evidensbaserad kunskap om olika åtgärders effekt, tillståndets svårighetsgrad och åtgärdens kostnadseffektivitet eller kostnader. Rangordningen redovisas i en skala från 1 till 10, där 1 har högst prioritet och 10 lägst prioritet. Riktlinjerna ger också vägledning om ”icke-göra”, det vill säga åtgärder som bör utmönstras ur vården på grund av att de saknar effekt, eller medför stora risker eller biverkningar i förhållande till nyttan. Skalan som tillämpas är specifik för respektive område. Det innebär att rangordningen 1 för exempelvis astma och KOL inte innebär att tillstånd och åtgärd är högre rangordnad än en 2:a i riktlinjerna för hjärtsjukvård. Eftersom bedömningarna utgår från samma modell och samma matris för bedömning av svårighetsgrad, finns en viss jämförbarhet. Men riktlinjerna är inte harmoniserade mellan olika sjukdomstillstånd.

De nationella riktlinjerna är en del av ”riktlinjepaketet”, som består av rekommendationer, indikatorer, målnivåer och utvärderingar (se t.ex. Socialstyrelsen 2018a).

Nationella riktlinjer täcker i dagsläget 18 sjukdomsområden. Nationella riktlinjer har tidigare visat sig vara få jämfört med andra länder (Vårdanalys

Nationella modellen för öppna prioriteringar

Socialstyrelsen fick i början av 2000-talet i uppdrag av regeringen att ta fram en föreskrift om hur prioritering ska gå till i praktiken. Som en följd av detta och en allmän efterfrågan i vården av en mer konkret vägledning för tillämpningen av plattformen togs *Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård* (Carlsson m.fl. 2007) fram i samarbete med bland annat Prioriteringscentrum. Sedan dess har modellen reviderats och utvecklats till att även inkludera horisontella prioriteringar (Broqvist m.fl. 2011 och Prioriteringscentrum 2017).

Modellen är tänkt som ett metodstöd för att på ett systematiskt sätt omsätta riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård till styrningen av hälso- och sjukvården. Den är tänkt att kunna vara ett verktyg för att tillämpa den etiska plattformen i både horisontella och vertikala prioriteringar. Den kan användas som stöd vid tillskott, omfördelning eller ransonering av resurser samt för nationella prioriteringar och vid prioriteringar på verksamhetsnivå.

Modellen tar sin utgångspunkt i att förhållandevis mer resurser ska fördelas till effektiv vård till dem med stort behov av vård, förutsatt att det finns en rimlig relation mellan patientnytta och kostnad och att människovärdet respekteras. Modellen skapar förutsättningar för mer systematisk rangordning mellan olika hälsotillstånd och åtgärder. Den som använder modellen får ta ställning till svårighetsgrad, patientnytta, kostnad i relation till patientnytta och kvaliteten i kunskapsunderlagen som ligger till grund för bedömningarna.

Eftersom åtgärderna är kopplade till ett visst tillstånd brukar man tala om tillstånd-åtgärdspar. Utifrån bedömningarna av de ingående variablerna görs sedan en kvalitativ sammanvägning och en rangordning av så kallade tillstånd-åtgärdspar på en skala från 1 till 10, där 1 är högst prioritet (Prioriteringscentrum 2017). Som stöd för att bedöma svårighetsgraden finns en svårighetsgradsmatris där följande dimensioner av svårighetsgrad ingår: funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning, varaktighet samt risk för framtida ohälsa och förtida död. Socialstyrelsen använder matrisen vid bedömningar av svårighetsgrad inom ramen för sitt riktlinjearbete.

2015a), även om antalet ökat något på senare år. Urvalet av vilka områden som ska täckas av nationella riktlinjer kan ske på två sätt: genom regeringsuppdrag eller genom Socialstyrelsens egeninitierade val. Socialstyrelsens urval av möjliga områden motiveras i regel av att professions- eller patientföreningar påpekat att det finns behov av riktlinjer (dialog Socialstyrelsen april 2020).

För att avgöra om en riktlinje ska utfärdas för ett visst område bedöms den utifrån följande kriterier (Socialstyrelsen 2014):

- behov av rekommendationer på styr- och ledningsnivå för frågor som rör prioritering och resursfördelning
- omotiverade skillnader i praxis eller resultat
- stor potential till förbättring i resultat, resursanvändning och/eller jämlikhet i hälsa



- svåra sjukdomar och tillstånd (som om de inte behandlas eller åtgärdas leder till nedsatt funktionsförmåga, sämre livskvalitet eller förtida död)
- berör många och/eller drabbar svaga/utsatta grupper
- medför stora kostnader för samhället.

Bedömningen görs för att avgöra om området uppfyller kriterierna, men det jämförs inte med andra sjukdomsområden (dialog med Socialstyrelsen april 2020).

Mål: Hur förhåller sig nationella riktlinjer till principen om vård efter behov?

Syftet med nationella riktlinjer är att bidra till en kunskapsbaserad, behovsstyrd och jämlik vård. De ska vara ett stöd för prioriteringar för de aktörer som fattar beslut om hur resurser ska fördelas inom hälso- och sjukvården (Vårdanalys 2015a).

De nationella riktlinjerna utgår tydligt från den etiska plattformen. Bedömningsstödet består av den nationella modellen för öppna prioriteringar, som i sin tur bygger på den etiska plattformen. På så vis bidrar de nationella riktlinjerna till att förtydliga den etiska plattformen så att dess konsekvenser blir mer konkreta för beslutsfattare. Därmed förstärker riktlinjerna vård efter behov.

Utformning: Otydligt stöd för horisontella prioriteringar

När det gäller vertikala prioriteringar ger de nationella riktlinjerna huvudmännen tydligt stöd. Därmed förstärker de nationella riktlinjerna vård efter behov inom ett sjukdomstillstånd. Vårdanalys (2015a) uppföljning av de nationella riktlinjerna visade att de i många fall var ett bra stöd för att prioritera mellan åtgärder och för att prioritera resurser inom verksamheter.

Däremot är de nationella riktlinjerna inte ett tydligt stöd för horisontella prioriteringar, vilket har lyfts fram även i tidigare analyser. Riksrevisionen (2004) menade att riktlinjerna främst var ett beslutstöd för hälso- och sjukvårdens professioner. Samtidigt menade Socialstyrelsen att vertikala prioriteringslistor för vissa sjukdomsområden kan fungera som beslutsunderlag även för horisontella prioriteringar mellan sjukdomsområden. Vid tidpunkten för Riksrevisionens uppföljning hade Socialstyrelsen inlett ett arbete med att utveckla beslutsfattarperspektivet i de nationella riktlinjerna (Riksrevisionen 2004). Det har medfört att riktlinjerna har kompletterats med bland annat indikatorer, målnivåer och utvärderingar, som ska underlätta genomförandet och uppföljningen av riktlinjerna (se t.ex. Socialstyrelsen 2018a).

År 2017 konstaterade även Kunskapsstyrningsutredningen att de nationella riktlinjerna i dess nuvarande form främst innehåller information som inte är relevant för beslutsfattare på övergripande nivå, utan snarare för vårdpersonal. Utredningen föreslog därför att Socialstyrelsen skulle utveckla de nationella riktlinjerna till att i högre grad ge vägledning för horisontella prioriteringar (SOU 2017:48).

Frånvaron av stöd för horisontella prioriteringar innebär inte att riktlinjerna motverkar den etiska plattformen, men inte heller att de stödjer eller förstärker den. De intar snarast en neutral hållning, vilket kan anses förvånande eftersom syftet med dem sedan 2000 har varit att stödja horisontella prioriteringar. De kan vara ett stöd för horisontella prioriteringar genom att bidra till att identifiera exempelvis resursförstärkningsbehov för högt prioriterade åtgärder eller möjliga bortprioriteringar av sådant som har en låg prioritet (Socialstyrelsen 2013). Däremot ger inte de nationella riktlinjerna stöd för att jämföra svårighetsgraden mellan olika tillstånd, eftersom rangordningen inte nödvändigtvis är jämförbar mellan sjukdomsområdena och eftersom bara ett begränsat antal sjukdomstillstånd ingår.

År 2018 påbörjade Socialstyrelsen en översyn av de nationella riktlinjerna. Inledningsvis var syftet att undersöka intresset av och förutsättningarna för en ökad harmonisering av rangordningarna mellan sjukdomstillstånd. Men detta syfte prioriterades senare ned till förmån för ett utvidgat arbete med att belysa underprioriterade delar av vårdprocesserna, till exempel rehabilitering och kommunal hälso- och sjukvård samt ett fortsatt arbete med att öka stringensen inom respektive riktlinjeområde (Socialstyrelsen 2018b, dialog med Socialstyrelsen april 2020).

En iakttagelse från översynen är att riktlinjerna i dagsläget inte uppfyller behoven hos alla målgrupper. Tjänstemän i regioner och kommuner efterfrågar förbättrade underlag för horisontella prioriteringar, och har önskemål om att Socialstyrelsen tar fram ett anpassat material till politiker och högre tjänstemän. Många huvudmän tycker att ”det är svårt att arbeta med prioriteringar – särskilt mellan sjukdomsområden – och att mer akuta frågor ofta tränger undan systematiskt prioriteringsarbete” (Socialstyrelsen 2019d). Översynen ger inga konkreta förslag på hur ett sådant stöd skulle se ut, men framhåller att det är viktigt att riktlinjerna är jämförbara mellan sjukdomsområdena. Det är inte självklart att det är nationella riktlinjer som bör erbjuda det stödet, utan det kan finnas behov av en annan form av kompletterande stöd.

Både i Vårdanalys (2015a) uppföljning av de nationella riktlinjerna och i våra intervjuer i fallstudiens regioner framgår att huvudmännen anpassar de nationella riktlinjerna till det egna sammanhanget och



sina egna prioriteringar. Det finns exempel på regioner som har ett mer systematiskt sätt att genomföra nationella riktlinjer, exempelvis Västra Götalandsregionen (dialog med Socialstyrelsen april 2020). Men enligt de intervjuer vi genomfört i den här rapporten verkar det vara ovanligt att jämföra de förändringar i resursfördelningen som motiveras av nationella riktlinjer med behov av förändringar inom andra sjukdomsgrupper på ett systematiskt sätt. Det talar för att det kan finnas ett behov av ett tydligare stöd för hur det horisontella perspektivet kan beaktas vid implementeringen av nationella riktlinjer.

Målgruppen för de nationella riktlinjerna

Beroende på urvalet och hur de nationella riktlinjerna tas emot och används vid horisontella prioriteringar kan det få konsekvenser för vård efter behov.

Urvalet till nationella riktlinjer baseras i någon mån på behoven hos olika patientgrupper. Kriterierna för urvalet till nationella riktlinjer omfattar sjukdomens svårighetsgrad och om det rör sig om en sjukdom som drabbar svaga eller utsatta grupper. Det talar för att riktlinjerna kan bidra till att utjämna skillnader mellan olika sjukdomsgrupper.

För att avgöra vilka områden som ska ingå i nationella riktlinjer, gör Socialstyrelsen förstudier av de sjukdomstillstånd som man överväger att inkludera i nationella riktlinjer. Här ingår att avgöra behovet av riktlinjer utifrån kriterierna för urval, men det sker ingen jämförelse av kriterierna mellan sjukdomsområden. Därför är det svårt att avgöra om nationella riktlinjer motiveras utifrån en analys av inom vilka grupper som svårighetsgraden är som störst och behovstäckningen låg.

Nationella riktlinjer är en resurs i sig – ett kunskapsstöd för ökad kvalitet och resursfördelning i vården. De är en kunskapsuppyggnad och ger stöd på vissa områden men inte på andra. Tidigare studier har visat att de områden som omfattas av nationella riktlinjer får ökad uppmärksamhet, men det är osäkert om det också ger avtryck i resursfördelningen mellan sjukdomsområden eller verksamheter. I intervjuerna som låg till grund för Vårdanalys (2015a) uppföljning av nationella riktlinjer påtalades att de områden som omfattas av nationella riktlinjer fick relativt stor uppmärksamhet, medan områden utan riktlinjer uppfattades som mindre prioriterade. Lund (2015) har funnit att förekomst av nationella riktlinjer inom socialtjänsten bidrar till att ge de områden som omfattas en högre status, men kunde inte utifrån sitt underlag avgöra hur det hade påverkat resursfördelningen. Även i vår intervjustudie i fyra regioner finner vi stöd för att nationella riktlinjer tycks ge upphov till

uppmärksamhet från beslutsfattare, och att de i vissa fall uppfattas som ett motiv till ökade resurser.

Sammantagen bedömning

De nationella riktlinjerna förstärker vertikala prioriteringar, men i mindre utsträckning horisontella prioriteringar. Beroende på hur urvalet av områden sker och hur riktlinjerna tas emot kan de både stötta och motverka horisontella prioriteringar efter behov. Om regionerna saknar förutsättningar att integrera de nationella riktlinjerna genom systematiska prioriteringar, riskerar de medföra att vissa grupper prioriteras på bekostnad av andra. Det riskerar att leda till ojämlikhet mellan sjukdomsgrupper, om de sjukdomsgrupper som tas upp i nationella riktlinjer inte motiveras utifrån behoven i olika sjukdomsgrupper.

Det verkar finnas en efterfrågan på förbättrade underlag för horisontella prioriteringar och anpassat material till politiker och högre tjänstemän. Nationella riktlinjer är bara en del av den statliga kunskapsstyrningen, och det är inte självklart att det är nationella riktlinjer som bör erbjuda det stödet. Men då kan det finnas behov av en annan form av kompletterande stöd som bidrar till att synliggöra inom vilka patientgrupper svårighetsgraden är hög och där behovstäckningen är otillräcklig.

4.7 NATIONELL UPPFÖLJNING ÄR OCKSÅ EN VIKTIG DEL AV DEN STATLIGA STYRNINGEN

Uppföljning är en del av kunskapsstyrningen. Det finns en omfattande uppföljning som många aktörer bidrar till, inte minst de statliga myndigheterna, däribland Vårdanalys. Sammantaget samlas det in en stor mängd data som tillgängliggörs genom analyser, rapporter, presentationsplattformar och databaser. I det här avsnittet vill vi komplettera den tidigare analysen av styrmedel med en diskussion om den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården ur perspektivet vård efter behov.

I nuläget finns det inte något strategidokument, någon analysplan eller likande för den samlade nationella uppföljningen som beskriver mål och utformning. Diskussionen nedan ska inte ses som en heltäckande eller uttömmande analys av målen och utformningen av alla de enskilda uppföljningsprodukter som finns, men vi menar att det är värdefullt att redovisa några övergripande reflektioner utifrån våra erfarenheter med uppföljning av hälso- och sjukvården.



4.7.1 Omfattande uppföljning som många aktörer bidrar till

En grundpelare i den nationella uppföljningen är öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. År 2006 publicerades för första gången en samlad öppen jämförelse av hälso- och sjukvårdens resultat, även medicinska, mellan regioner och vårdgivare i olika delar av landet – ett arbete som kom att upprepas varje år och kallas *Öppna jämförelser*. Syftet med jämförelserna var att stimulera till diskussion och förbättringsarbete, och arbetet har lyfts fram både nationellt och internationellt som en viktig insats för ökad kvalitet och minskade skillnader i landet (Vårdanalys 2019).

Men det finns också en omfattande ytterligare uppföljning. Flera statliga myndigheter, däribland Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Vårdanalys bidrar på olika sätt enligt sina instruktioner (se respektive myndighets förordning med instruktion). Som exempel kan nämnas Socialstyrelsens uppföljningar av nationella riktlinjer, tillgänglighet till hälso- och sjukvård, väntetider till akutmottagningar samt personaltillgång. Uppföljningen kan utgå från ett specifikt uppdrag från regeringen eller vara egeninitierat från myndigheterna (inom ramen för respektive instruktion).

Utredningen *Sammanhållen kunskapsstyrning* (dir. 2018:95, dir. 2019:78) har samlat in information som visar att de tio myndigheter som finns på hälso- och sjukvårdsområdet under 2017 och 2018 tillsammans publicerade omkring 160 rapporter som de klassar som nationell uppföljning. Även om antalet i sig inte säger något om innehållet eller nyttan med rapporterna, visar det en omfattande och bred uppföljning. Syfte, mål, målgrupper och metoder skiljer sig med all säkerhet från en rapport till en annan.

Även Riksrevisionen och Statskontoret gör återkommande uppföljningar som rör hälso- och sjukvården. Riksdagens utskott (Socialutskottet för hälso- och sjukvården) följer upp och utvärderar beslut som riksdagen har fattat.

4.7.2 Hälso- och sjukvården följs sällan upp utifrån behov

Att vården ska ges efter behov är en grundläggande utgångspunkt för svensk hälso- och sjukvård. De med de största behoven ska ges företräde och behovstäckningen ska vara större för de grupper som har de största behoven.

För en träffsäker hälso- och sjukvårdspolitik är det nödvändigt att känna till var de största behoven finns och i vilken grad de tillgodoses i dag. Vår bild är att uppföljningen överlag inte fyller ett sådant syfte. Uppföljningen

fokuserar mycket sällan på att följa upp ett visst utfall utifrån behov, det vill säga hur exempelvis väntetider, delaktighet eller tillgång till lämplig behandling ser ut för patienter i olika grupper utifrån medicinska behov eller sjukdomens svårighetsgrad. I uppföljningen följs och jämförs ofta ett visst utfall, exempelvis väntetider, delaktighet eller tillgång till en viss behandling, mellan regioner eller befolkningsgrupper som män och kvinnor, utbildning och födelseland. En sådan uppföljning tar i varierande grad hänsyn till att behoven i respektive grupp kan skilja sig, men om något kan den här typen av uppföljning sägas sträva efter att jämföra utfallen mellan grupper med *lika stora behov*.

Analysen och uppföljning som visar hur behovstäckningen ser ut för personer med *olika stora behov*, inom en sjukdomsgrupp eller mellan sjukdomsgrupper (som är i fokus i den här rapporten) är däremot i princip obefintligt, även om det finns undantag. Exempelvis har vårdvalsreformen inom primärvården följts upp utifrån behov. Vårdanalys har belyst vårdutnyttjandet före och efter att vårdval infördes i primärvården i tre landsting för grupper med olika sjuklighet (Vårdanalys 2015c), och för patienter med vissa kroniska sjukdomar som kan förväntas ha ett större vårdbehov jämfört med den övriga befolkningen (Vårdanalys 2013b). Även Riksrevisionen (2014) antar ett sådant perspektiv och jämför sannolikheten för ett läkarbesök i primärvården före och efter reformen för grupper med olika grad av sjuklighet i två landsting.

4.7.3 Statistiken medger sällan uppföljning utifrån behov eller sjukdomsgrupper

En delförklaring till att uppföljning utifrån behov är förhållandevis sparsam är sannolikt att det är svårt att mäta hur stora behoven är för en viss person eller grupp av patienter. Det saknas också information om behov och svårighetsgrader i den befintliga statistiken.

Med tanke på att hälso- och sjukvården ska ges efter behov där behovstäckningen ska vara större för de med de största behoven är det ett hinder, och kan tyckas förvånansvärt, att det saknas information som möjliggör en sådan uppföljning och analys. Men utmaningarna är också teoretiska eller konceptuella – det är inte självklart hur en analys skulle genomföras ens i idealfallet. I nästa kapitel beskriver vi närmare vilka hinder som finns i den nationella statistiken när det gäller att följa upp utifrån behoven i olika grupper.



4.7.4 Uppföljning fokuserar ofta på ett avgränsat område och sammanställs sällan systematiskt

Både uppdrag om uppföljning som regeringen ger till myndigheterna och myndigheternas egeninitierade uppföljning är avgränsad på olika sätt. Exempelvis publicerade Vårdanalys vid olika tillfällen under åren 2018–2019 rapporter som handlade om cancervården, primärvården, akutsjukvården och personcentrering. Under 2019 publicerade Socialstyrelsen bland mycket annat en utvärdering av de standardiserade vårdförloppen inom cancervården (Socialstyrelsen 2019a), en slutrapport om förlossningsvård och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa (Socialstyrelsen 2019b) samt en utvärdering av vård vid psoriasis (Socialstyrelsen 2019c).

Utifrån kunskapsunderlagen är förhoppningen och syftet ofta att hälso- och sjukvårdens funktionssätt ska förbättras (genom statlig styrning eller andra sätt). Men utifrån rapporterna dras förstånds slutsatser bara om det område som rapporten handlar om, det vill säga för primärvården, cancervården, förlossningsvården, personcentreringen och så vidare var för sig. Däremot gör myndigheterna, eller regeringen, inte någon samlad översikt av de möjliga förslag som framkommit från rapporterna om hur respektive område kan utvecklas och stärkas.

Det innebär att det i dagens uppföljning saknas mekanismer som syftar till att prioritera och utvärdera eventuella fortsatta åtgärder eller insatser gentemot varandra. Genom ett tilläggsdirektiv till utredningen om en sammanhållen kunskapsstyrning efterfrågar regeringen just samlade analyser av var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård (dir 2019:78).

De områden som är föremål för den nationella uppföljningen får ofta också särskild uppmärksamhet. Dels skapas det ett kunskapsunderlag som kan leda till policyutveckling och satsningar, dels görs det ofta lite mer av sådant som mäts och följs upp, och dels kan vissa rapporter öppna upp för debatt och diskussioner. Detta är naturligt, och en del av poängen, men det innebär att områden som inte är föremål för uppföljning riskerar att nedprioriteras, och att även myndigheter som genomför uppföljningen kan bidra till icke-önskvärda horisontella prioriteringar. Därför är det viktigt att fråga sig om det är några områden, patientgrupper eller behovsgrupper som är särskilt eftersatta när det gäller uppföljning och också riskerar att förfördelas i resurstilldelningen.



Stöd för horisontella prioriteringar mellan sjukdomsgrupper

För att kunna följa principen om vård efter behov behöver politiker hitta sätt att integrera principen i sitt arbete, exempelvis i styrning, beslut och resursfördelning. En förutsättning för att kunna styra efter behov är att följa hur behoven hos olika sjukdomsgrupper utvecklas och hur väl behoven täcks. Det är därmed även en förutsättning för att kunna identifiera om omprioriteringar krävs.

I de två föregående kapitlen har vi belyst om och på vilket sätt principen om vård efter behov beaktas i den regionala och statliga styrningen. En viktig slutsats i dessa kapitel är att underlagen för att bedöma behoven och i vilken utsträckning de tillgodoses är bristfälliga. Vår ambition har varit att analysera om resursfördelningen mellan sjukdomsområden är i linje med behoven. Det har visat sig att det inte är möjligt, både av metodologiska skäl och på grund av brist på statistik. I stället beskriver vi i det här kapitlet översiktligt vad en sådan analys *bör* innefatta. Vi diskuterar också några förutsättningar och hinder som finns i befintlig statistik när det gäller att identifiera behov och hur behovstäckningen ser ut i olika sjukdomsgrupper.

5.1 UTGÅNGSPUNKTER FÖR ATT KARTLÄGGA BEHOV OCH BEHOVSTÄCKNING

I kapitel 2 konstaterade vi att en vård efter behov medför att behovstäckningen ska vara högre i grupper där behoven är större. Om det finns en åtgärd som kan motverka den aktuella nedsättningen i hälsa eller livskvalitet, är behovets storlek enligt förarbetena beroende av svårighetsgraden och sannolikt tillståndets varaktighet. Som vi noterat tidigare finns det också en



diskussion om även åtgärdens nytta ska vägas in. För att avgöra vilka grupper som har stora respektive mindre behov, behöver en sammanvägd bedömning av olika aspekter göras. I förarbetena tillmäts svårighetsgraden stor vikt vid bedömningen av behovens storlek, men som vi beskrivit i kapitel 2 finns det i övrigt inga givna riktlinjer för hur de olika aspekterna ska värderas i förhållande till varandra.

Att mäta och följa upp principen om vård efter behov i detalj är i praktiken svårt, men horisontella prioriteringar mellan sjukdomsgrupper bör ändå vägledas av att behovstäckningen ska vara större i de grupper där behoven är störst. Att behovstäckningen ska vara högre för dessa grupper kan exempelvis innebära att behovet av hälso- och sjukvård i högre grad tillgodoses för dessa grupper eller genom att betalningsviljan ska vara större för grupper med större behov.

Vi bedömer att en rimlig utgångspunkt vid nationell uppföljning av hälso- och sjukvården är att identifiera potentiella olikheter i behovstäckningen mellan grupper. Utifrån det kan sedan en utförligare analys göras. En sådan uppföljning kan ligga till grund för den ekonomiska resursfördelningen inom hälso- och sjukvården, men också när det gäller att identifiera behov av ytterligare kunskapsstöd och forskning om lämpliga åtgärder. Ytterligare områden där den typen av uppföljning kan vara underlag är när det gäller planeringen av antalet utbildningsplatser, kompetensförsörjning inom olika yrkesgrupper och specialiteter samt vid avvägningar av hur hälso- och sjukvården ska organiseras.

Horisontella omprioriteringar kan behövas om behovstäckningen skiljer sig mellan patientgrupper med olika sjukdomar men som ändå kan sägas ha lika stora behov. De kan också behövas om behovstäckningen är högre för patientgrupper som har en sjukdom som generellt innebär mindre behov än för patientgrupper med en sjukdom som innebär större behov.

En förutsättning för att kunna uppmärksamma olikheter i behovstäckningen mellan olika sjukdomsgrupper är att det är möjligt att kartlägga hur stora behoven är i olika sjukdomsgrupper. Förutsatt att det finns en åtgärd som kan motverka den aktuella nedsättningen, behövs då information om svårighetsgraden och varaktigheten för tillståndet inom respektive sjukdomsgrupp. Som vi har beskrivit i kapitel 2 kan vi inte se att förarbetena adresserar frågan om även storleken på åtgärdens nytta ska vägas in, men det görs i exempelvis TLV:s och Socialstyrelsens rangordning av behov. Enligt den etiska plattformen ska även kostnadseffektivitetsprincipen beaktas vid prioriteringar. Eventuella skillnader i behovstäckning kan vara en konsekvens av att åtgärderna för en viss grupp har låg kostnadseffektivitet.

Vi ser i huvudsak två möjliga tillvägagångssätt att analysera om behovstäckningen skiljer sig åt mellan sjukdomsgrupper:

- Analysera resursfördelningen för olika sjukdomsgrupper och hur den förhåller sig till behoven i sjukdomsgrupperna. Då behövs information om resursåtgången för olika sjukdomsområden och information om storleken på behoven för olika sjukdomsgrupper. En sådan analys kan ge en indikation på om resurserna styrs mot de sjukdomsgrupper som har de största behoven.
- Undersöka om vissa utfalls- och processmått skiljer sig mellan olika sjukdomsgrupper, och hur det förhåller sig till behoven i sjukdomsgrupperna. Om exempelvis väntetiderna är längre eller den upplevda kvaliteten i vårdmötet är sämre för grupper med större behov än för grupper med mindre behov, kan det vara en indikation på att resursfördelningen behöver justeras. För att göra en sådan analys behövs information om resultat för relevanta utfalls- och processmått som kan indikera hur väl behoven täcks fördelat på olika sjukdomsgrupper samt storleken på behoven för olika sjukdomsgrupper. Indikationer på behovstäckning kan exempelvis vara i vilken utsträckning patienterna får ta del av rekommenderade åtgärder, väntetider och patientupplevd kvalitet i vårdmötet.

Båda tillvägagångssätten är förenade med metodologiska svårigheter och datamässiga utmaningar. Vi menar därför att det är svårt att få en fullständig bild av i vilken utsträckning principen om vård efter behov efterlevs i resursfördelningen mellan sjukdomsområden med kvantitativa metoder. Men analyserna kan ändå vara värdefulla om resultaten kan fungera som utgångspunkt för fortsatt analys där de kvantitativa metoderna kompletteras med mer kvalitativa inslag. I en sådan fortsatt analys kan det till exempel ingå att låta specialister på området kartlägga vilka behandlingsalternativ som finns, i vilken grad de används och varför de eventuellt inte används.

Att exempelvis redovisa resursanvändningen eller resultat för väntetider och patientupplevda mått för olika sjukdomsgrupper skulle kunna ge insikter om att patienter med sjukdomar där behoven generellt är stora har en lägre resursanvändning, väntar betydligt längre på behandling eller upplever större brister i vården än patienter med sjukdomar där behoven generellt är mindre. En sådan iakttagelse skulle kunna fungera som en indikation på att vården av sjukdomar där behoven är störst är för lågt prioriterad. Samtidigt kan det finnas förklaringar till att det ser ut så, vilket kan framkomma i en



fördjupad analys och dialog med profession och patientföreträdare och andra experter. En sådan förklaring skulle exempelvis kunna vara att nyttan med kortare väntetider är begränsad i vissa fall.

I nästa avsnitt diskuterar vi de förutsättningar som vi ser krävs för att genomföra analyser enligt de två tillvägagångssätten. På ett översiktligt sätt ger vi även exempel på hur den första typen av analys skulle kunna genomföras och vilka utmaningar som finns med det. Den andra typen av analys har i dagsläget visat sig vara omöjlig att genomföra utifrån befintlig statistik på nationell nivå, men i avsnitt 5.2.2 diskuterar vi olika sätt som den nationella statistiken skulle kunna utvecklas på, för att förbättra möjligheterna för en sådan analys.

5.2 HUR KAN DEN NATIONELLA STATISTIKEN ANVÄNDAS FÖR ATT FÖLJA UPP PRINCIPEN OM VÅRD EFTER BEHOV?

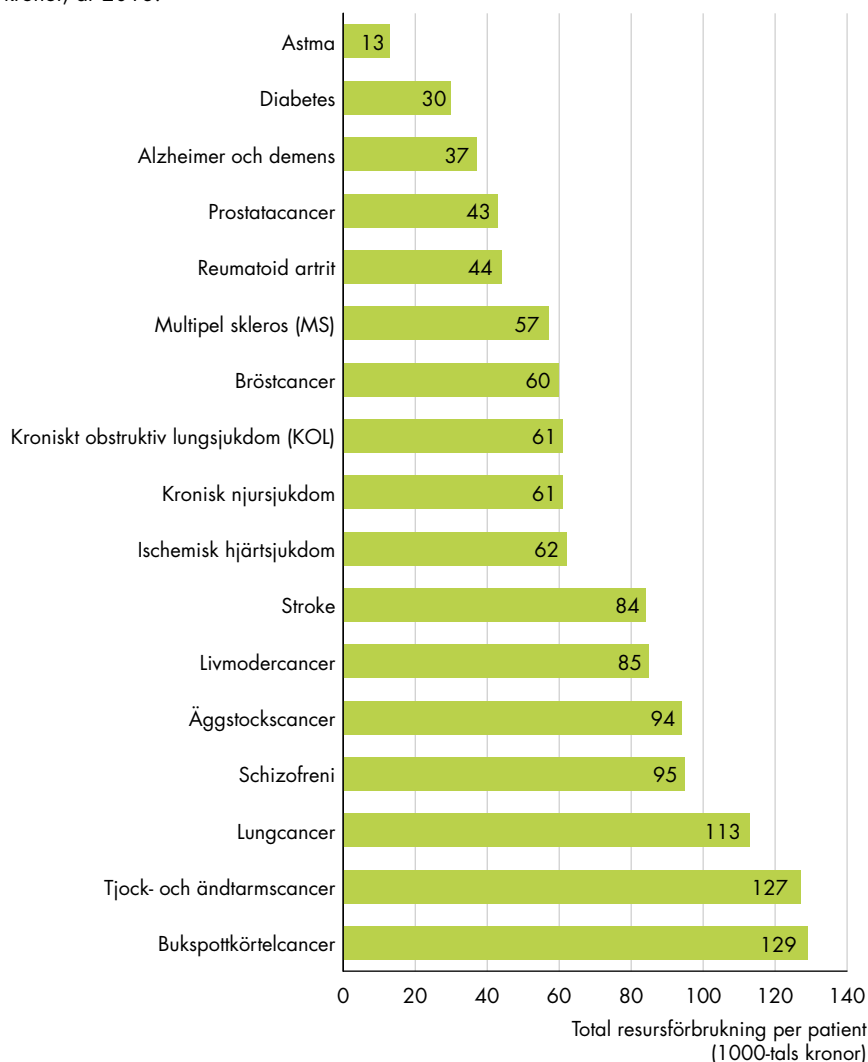
Den nationella statistiken erbjuder begränsade möjligheter att analysera om resurserna fördelas efter behov och hur väl behoven tillgodoses i olika sjukdomsgrupper. Det beror främst på att det saknas information om hur stora behoven är i olika sjukdomsgrupper och att många av de indikatorer som finns tillgängliga för att följa hälso- och sjukvården inte går att koppla till vilka sjukdomar patienterna har. Exempel på indikatorer är väntetider och patientrapporterade upplevelser av vårdmötet. I det här avsnittet beskriver vi vilka förutsättningar och hinder som den nationella statistiken ger när det gäller att identifiera grupper med olika stora behov och i vilken utsträckning deras behov tillgodoses i dag.

5.2.1 Resursförbrukning för olika sjukdomstillstånd

Ett sätt att få en uppfattning om ifall principen om vård efter behov avspeglas i resursfördelningen är att undersöka hur mycket resurser som olika sjukdomsgrupper tar i anspråk, och sätta det i förhållande till hur stora behoven är i sjukdomsgrupperna. En sådan analys kan ge en indikation på om beslutsfattare styr resurserna mot de sjukdomsgrupper som har de största behoven. Då behövs information om dels de ekonomiska resurserna (eller kostnaderna) för olika sjukdomsgrupper, dels storleken på behoven i olika sjukdomsgrupper.

Figur 8 visar hur resursfördelningen (kostnaderna) i den specialiserade vården såg ut för olika sjukdomsgrupper 2018. Här ser vi bland annat att kostnaden per patient var 13 000 kronor för sjukdomen astma.

Figur 8. Resursförbrukning (kostnad) per patient fördelat på olika sjukdomsgrupper. Tusentals kronor, år 2018.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret.

Störst resursförbrukning per patient medför sjukdomarna tjock- och ändtarmscancer samt bukspottkörtelcancer, med kostnader nära 130 000 kronor per patient.

Att kostnaderna skiljer sig mellan olika sjukdomsgrupper behöver inte innebära att behovstäckningen skiljer sig på samma sätt. I princip kan behovstäckningen vara densamma för alla dessa sjukdomsgrupper, trots att kostnaderna skiljer sig. Begreppet behovstäckning förutsätter att det finns



ett behov, det vill säga att det finns en åtgärd som kan motverka den aktuella nedsättningen i hälsa eller livskvalitet för den aktuella patientgruppen. Det gör det ofta, men både nyttan med och kostnaderna för åtgärderna kan variera mellan sjukdomsgrupperna. En låg resursförbrukning kan därför avspegla att det inte finns åtgärder som skulle bidra till en bättre hälsa eller att åtgärderna är förhållandevis billiga. Alltså kan en hög behovstäckning uppnås även med lägre resursförbrukning. Utifrån kostnadsdata går det inte att särskilja dessa komponenter.

Uppgifter om vårdinsatser och tillhörande kostnader har vi hämtat från Patientregistret och Läkemedelsregistret. För de sjukdomar som ingår i analysen (se figur 8) inhämtades information om kostnaderna för vårdinsatser från patientregistret. Informationen baseras på de fall där respektive sjukdom är huvuddiagnos och de vårdinsatser som är kopplade till vårdtillfällen där sjukdomen var huvuddiagnosen. För att identifiera kostnaderna för läkemedel för respektive sjukdom, har regionernas kostnader för läkemedel beräknas för de personer som enligt Patientregistret har en viss sjukdom som huvuddiagnos.

Informationen från Patientregistret omfattar bara kostnader associerade med slutenvård och läkarbesök i specialiserad öppenvård. Orsaken till den här begränsningen är att primärvården inte ingår i de nationella registren, men även att inte samtliga vårdkontakter ingår i något av registren som omfattar vårdbesök. I dagsläget finns det ingen möjlighet att koppla kostnader till andra vårdkontakter än hos läkare, och dessutom ingår inte kostnader inom primärvården.

Informationen från Läkemedelsregistret omfattar kostnaden för alla förmånsläkemedel en patient med det aktuella sjukdomstillståndet har förskrivits, även om de inte förskrivits för att behandla just den sjukdomen. Det beror på att det saknas uppgifter om sjukdomstillstånd eller förskrivningsorsak i Läkemedelsregistret. Därmed är det också svårt att beräkna de sammantagna läkemedelskostnaderna för ett visst sjukdomstillstånd.

Antalet patienter som ingår i respektive sjukdomsgrupp kommer från Patientregistret.

5.2.2 Utfalls- och processmått kan användas för att uppskatta behovstäckningen

Ett annat sätt att undersöka om vården fördelas utifrån behov är att undersöka om det finns skillnader i vissa utfalls- och processmått mellan sjukdomsgrupper, och sätta det i förhållande till hur stora behoven är i

sjukdomsgrupperna. Möjliga utfalls- och processmått att analysera på det här sättet skulle exempelvis kunna vara väntetider, tillgodosedd kontinuitet och samordning, patientupplevd kvalitet i vårdmötet eller i vilken utsträckning målnivåer för rekommenderade behandlingar uppnås.

För att göra analysen krävs att utfalls- och processmått kan redovisas separerat för olika sjukdomsgrupper och att det finns information om behoven i olika sjukdomsgrupper. En sådan analys kan bidra till att identifiera vilka sjukdomsgrupper som "halkar efter" och eventuellt är i behov av ökat stöd. Om exempelvis väntetiderna är längre eller den upplevda kvaliteten i vårdmötet är sämre för grupper med större behov än för grupper med mindre behov kan det vara en indikation på att resursfördelningen behöver justeras. Samtidigt ska all vård uppfylla kraven som gäller god vård, väntetider, kontinuitet, samordning och kvalitet i lagstiftningen.

Redan i dag förekommer den typen av utfalls- och processmått i uppföljningen av hälso- och sjukvården, exempelvis i väntetidsdatabasen, den nationella patientenkäten, folkhälsoenkäten och olika kvalitetsregister. Men när det gäller väntetidsdatabasen och den nationella patientenkäten kan resultaten inte redovisas separerat för olika sjukdomsgrupper, eftersom patientens huvuddiagnos inte ingår i datakällorna. Däremot kan de redovisas per vårdområde. Dessa datakällor kan i dagsläget inte heller kopplas till andra datakällor som innehåller diagnos, som patientregistret, eftersom det inte finns något identifieringsnummer som gör det möjligt att koppla till information i andra datakällor på individnivå. Liknande problem har funnits när det gäller Folkhälsomyndighetens enkät Hälsa på lika villkor, men sedan 2015 kan den kopplas samman med patientregistret. Men det har inte gjorts ännu, och sannolikt skulle en sådan analys av ett sådant underlag kräva att urvalet till enkäten utökas. Skälet är att förekomsten av vissa sjukdomar kan vara alltför låg för representativa jämförelser om urvalet är för litet (Vårdanalys 2019).

När det gäller de nationella kvalitetsregistren är det möjligt att koppla utfalls- och processmått till sjukdomsgrupp. Däremot omfattas inte alla sjukdomsgrupper av kvalitetsregister, och täckningsgraden mellan registren varierar. Kvalitetsregistren är därmed inte representativa för alla patienter (Socialstyrelsen 2016). En annan svårighet är att måtten skiljer sig mellan olika kvalitetsregister, exempelvis när det gäller väntetider och PREMs.

Väntetider

Statistik över väntetider uppdelad på sjukdomsgrupper skulle kunna bidra till en uppföljning av behovstäckningen för olika sjukdomsgrupper,



med utgångspunkten att väntetiderna generellt bör vara kortare för sjukdomsgrupper där behoven är större. Det finns statistik över väntetider i flera olika källor: efterlevnaden av vårdgarantin som finns i väntetidsdatabasen, information om väntetider i kvalitetsregistren (Socialstyrelsen 2016) och den nationella patientenkäten där respondenterna har fått svara på frågan om de fick besöka mottagningen inom rimlig tid. Vi bedömer att ingen av de datakällorna möjliggör en analys av väntetider för olika sjukdomsgrupper. De huvudsakliga anledningarna är att datakällorna inte alltid använder sig av mått som är jämförbara mellan sjukdomsgrupperna och att de inte innehåller information om patienternas sjukdom eller behov.

Det mest avgörande problemet med väntetidsdatabasen och den nationella patientenkäten är att det saknas huvuddiagnos för patienterna. Eftersom det därmed inte går att dela upp statistiken på sjukdomstillstånd eller svårighetsgrad, går det inte att utifrån dessa datakällor att avgöra om det finns skillnader i uppfyllelsen av vårdgarantin mellan olika sjukdomsgrupper.

När det gäller väntetidsdatabasen är det också oklart hur stor andel av hälso- och sjukvårdens insatser som rapporteras till databasen (Vårdanalys 2017a). För åtgärder är det exempelvis främst kirurgiska ingrepp som ingår, medan statistiken för andra områden inte omfattas, som psykiatrisk behandling (Vårdanalys 2017a). I samband med överenskommelsen om en uppdaterad kömiljard 2019 åtog sig SKR tillsammans med regionerna att utveckla och utöka uppföljningen av specialiserad vård, bland annat genom att uppföljningen ska omfatta alla genomförda kontakter i den specialiserade vården, till skillnad mot ett urval av kontakter som tidigare. I samband med den förstärkta vårdgarantin i primärvården introducerades även en utvecklad uppföljning av primärvården, där information om diagnos- och åtgärds-koder börjar samlas in (Socialdepartementet och SKR 2019).

I kvalitetsregister finns sjukdomsgrupp angiven, men eftersom kvalitetsregistren inte omfattar alla sjukdomsgrupper (Vårdanalys 2017b) är det svårt att få en generell bild av skillnader i väntetider utifrån dem. En annan försvårande omständighet är att väntetider följs upp med olika mätpunkter i olika register, vilket gör det svårt att jämföra dem (Socialstyrelsen 2016).

Patientrapporterade upplevelsemått (PREMs)

PREMs är mått på patienternas upplevelser, eller erfarenheter av vårdprocessen. Det kan till exempel handla om patientens upplevelse av bemötande, information och tillgänglighet (KCE 2018). Ett viktigt användningsområde för PREMs är att följa upp i vilken utsträckning hälso-

och sjukvården är personcentrerad, men också hur patienterna upplever att deras behov av exempelvis samordning och kontinuitet tillgodoses (Vårdanalys 2019).

Nationell patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av hur patienterna upplever hälso- och sjukvården. Olika enkäter riktar till patienter som har besökt olika delar av hälso- och sjukvården. Resultaten från enkäterna innehåller inte huvuddiagnos och går inte att koppla till andra datakällor. Liksom när det gäller väntetidsdatabasen ger de därmed inget underlag för jämförelser av patientupplevelse mellan olika sjukdomsgrupper och inte heller för olika svårighetsgrader.

Även flera av de nationella kvalitetsregistren samlar in information om patienternas erfarenheter. Ungefär hälften av registren använder någon typ av PREM, och ungefär hälften av de övriga planerar eller diskuterar att införa det (PROM-nätverket 2017). Metoderna och frågeformulären för att samla in PREMs skiljer sig mellan olika kvalitetsregister och det är därmed svårt att utifrån dem jämföra mellan olika sjukdomsgrupper, trots att måtten kan kopplas till specifika sjukdomstillstånd och behandlingar.

Vårdanalys har tidigare beskrivit hur information från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor som genomförs av Folkhälsomyndigheten skulle kunna användas för att följa hälsoutfallet av vården (Vårdanalys 2019). I enkäten får personerna bland annat ange sitt självupplevda allmänna hälsotillstånd på en femgradig skala. Om den informationen skulle kopplas till andra register, skulle det gå att jämföra den självskattade hälsan mellan olika sjukdomsgrupper och hos en frisk befolkning utan några sjukdomar. Detta har vi tidigare benämnt "hälsogap" (Vårdanalys 2019).

Det är förväntat att det finns ett hälsogap mellan den friska befolkningen och personer som har någon sjukdom. Men om *utvecklingen* i hälsogapet mellan den friska befolkningen och olika sjukdomsgrupper följs, går det belysa förändringar över tid. Om hälso- och sjukvården bidrar till att en viss sjukdomsgrupp mår så bra som möjligt och att hälsogapet minskar, är det ett övergripande tecken på en positiv utveckling av behovstäckningen i den gruppen.

Genom att jämföra utvecklingen i hälsogapet för olika sjukdomsgrupper kan man få en övergripande bild av hur utvecklingen i allmän hälsa ser ut för grupperna. Om resultaten visar att hälsogapet minskar mycket för sjukdomsgrupper där behoven är mindre, men ökar för grupper där behoven är större, är det en indikation på att en omprioritering kan behöva övervägas.



Efterlevnad av målvärden

Ett annat sätt att uppskatta behovstäckningen är att använda sig av processmått och utfallsmått som visar i vilken utsträckning patienterna får ta del av rekommenderade behandlingar och hur ofta utfallen för patienterna är i linje med hälso- och sjukvårdens mål.

I kvalitetsregister finns variabler som gör det möjligt att uppskatta hur väl hälso- och sjukvården förhåller sig till olika målvärden. Målvärdena representerar både resultat- och processmått, som överlevnad i cancer och andelen patienter som får ta del av en viss åtgärd. Socialstyrelsen tar fram indikatorer och nationella målnivåer, som mäter i vilket utsträckning rekommendationerna i de nationella riktlinjerna följs. Målnivåer finns för vissa av de tillstånd som det finns nationella riktlinjer för. Även kvalitetsregistren anger målvärden som i många fall är desamma som de som Socialstyrelsen tar fram.

Målnivåerna är tänkta som långsiktiga mål och ska kunna vägleda regionerna när det gäller initiering av utvecklings- och förbättringsarbeten samt prioriteringar av resurser (se t.ex. Socialstyrelsen 2018a). Målnivåer finns däremot inte för samtliga sjukdomar, vilket gör det svårt att jämföra måluppfyllelsen mellan alla sjukdomsgrupper.

Som målnivåerna tas fram i dagsläget finns det inte något horisontellt perspektiv mellan de olika målvärdena. De tas fram för olika sjukdomsområden var för sig, och ska därför inte ses som målvärden i förhållande till alla andra områden. Tanken är i stället att målvärdena ska fänga vad som är ett eftersträvanvärt mål, baserat på aktuell forskning, professionens och huvudmännens bedömning av vilken nivå som är önskvärd samt dataunderlag som visar hur regionerna, och i vissa fall kommunerna, ligger till i dag. Men det är fortfarande upp till regionerna att avgöra vilka områden som bör prioriteras (dialog med Socialstyrelsen april 2020).

5.2.3 Det saknas mått på behovens storlek i olika sjukdomsgrupper

För att sätta de ekonomiska resurserna eller resultat för vissa utfalls- och processmått för olika sjukdomsgrupper i förhållande till behoven, behövs information om hur stora behoven är i de olika sjukdomsgrupperna. Vad vi känner till saknas sådan information i dagsläget.

Vi har tidigare konstaterat att storleken på behoven påverkas av svårighetsgrad och sannolikt varaktighet – förutsatt att det finns en åtgärd som kan motverka den aktuella nedsättningen i hälsa eller livskvalitet och det därmed finns ett behov över huvud taget. Det förekommer även att hänsyn tas till åtgärdernas nytta.

När det gäller om det finns effektiva åtgärder att tillgå, och alltså om det finns ett behov, menar vi att det är en aspekt som behöver bedömas kvalitativt från fall till fall – sådan information kan inte rapporteras och registreras i nationell statistik. Men genom att relatera kostnader samt utfalls- och processmått till svårighetsgrad och varaktighet skulle man kunna få en uppfattning om hur resursfördelningen och vissa utfalls- och processmått ser ut mellan olika svåra sjukdomstillstånd. Den informationen kan vara ett underlag för att vidare analysera om det finns effektiva åtgärder som inte används, eller om det finns åtgärder som är orimligt dyra och därför inte används.

Vi har sökt i den nationella statistiken efter möjliga mått på svårighetsgrad och varaktighet på gruppnivå för olika sjukdomsgrupper. Det finns i princip inga mått tillgängliga, vilket gör det att det inte är möjligt att säga något om storleken på behoven för de olika sjukdomsgrupperna utifrån tillgängliga data.

Att det saknas mått och statistik på behovens storlek för olika sjukdomsgrupper är en stor brist. Att mäta och definiera behov och behovens storlek är samtidigt en svår uppgift som sannolika inte låter sig göras med exakthet i data som kan användas som underlag för nationell statistik. Ett alternativ som återstår är att göra en kvalitativ bedömning av behovens storlek för olika sjukdomsgrupper på samma sätt som till exempel Socialstyrelsen gör när de tar fram nationella riktlinjer inom respektive sjukdomsgrupp och som regionerna har gjort inom prioriteringsarbeten.





Slutsatser och rekommendationer

Att vården ska ges efter behov och på lika villkor är centrala utgångspunkter för svensk hälso- och sjukvård enligt lagstiftningen och de är också viktiga värden ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv. Trots det, har det tidigare påpekats att det finns brister i hur principen tillämpas i den övergripande styrningen.

Att horisontella prioriteringar sker enligt tydliga principer är viktigt för att säkerställa att resurserna fördelas i enlighet med lagens intentioner och inte utifrån ovidkommande hänsyn som särintressen, traditioner eller underliggande maktstrukturer. Att de dessutom görs på ett transparent sätt är nödvändigt för medborgarnas insyn i det politiska beslutsfattandet och i förlängningen möjligheterna till ansvarsutkrävande.

Mot bakgrund av utvecklingstendenser som en åldrande befolkning, finansiella utmaningar och allt större medicinska möjligheter blir frågan om hur vårdens resurser ska fördelas särskilt aktuell. Att prioriteringar och resursfördelning sker transparent och enligt fastställda principer är viktigt för hälso- och sjukvårdens legitimitet. Det ställer krav på att politiker, som har ansvar för horisontella prioriteringar, omsätter principen i praktisk styrning, och att de bevakar befolkningens behov och i vilken utsträckning behoven tillgodoses.

Syftet med den här rapporten har varit att belysa hur principen om vård efter behov kommer till uttryck i den övergripande styrningen av hälso- och sjukvården, både i delar av den statliga styrningen och i fyra regioners styrning. Vi fokuserar på horisontella prioriteringar, det vill säga prioriteringar *mellan* olika områden inom vården, och särskilt på hur resurser fördelas mellan olika sjukdomsgrupper.



Vår övergripande slutsats är att principen intar en undanskymd roll i de delar av den statliga och regionala styrningen av hälso- och sjukvården som vi har analyserat. En möjlig orsak är att det finns en osäkerhet om hur vård efter behov kan tillämpas i praktiken på gruppnivå och att politiker uppfattar att det är svårt att förena olika mål. En annan möjlig orsak är att de underlag som används i styrningen, på statlig och regional nivå, inte ger tillräckliga förutsättningar för att följa upp och styra resursfördelningen mellan olika sjukdomsområden.

6.1 VÅRD EFTER BEHOV ÄR EN CENTRAL PRINCIP SOM STÄLLER HÖGA KRAV PÅ POLITIKER

Att fördela en begränsad mängd resurser mellan patientgrupper med olika sjukdomstillstånd innebär en prioritering. Det är inte möjligt att göra allt för alla, utan vissa val behöver göras. Att resurserna i hälso- och sjukvården ska fördelas efter behov är en uttrycklig princip i lagstiftningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § HSL). Principen har förtydligats i den etiska plattformen som syftar till att vägleda prioriteringar i hälso- och sjukvården. Behovs-solidaritetsprincipen anger därför att om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder, ska mer av vårdens resurser gå till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Det kräver att det finns kunskap om befolkningens behov och att behoven kan rangordnas.

Den etiska plattformen är ingen exakt fördelningsprincip, utan är en förstärkning och fördjupning av det mål om vård på lika villkor som alla hälso- och sjukvårdens aktörer ska sträva mot enligt förarbetena. Den har medvetet utformats så att den inte ger någon detaljerad vägledning för hur vården ska styras i varje given situation. Bakgrunden till den utformningen är bland annat det utrymme för att göra på olika sätt som följer av den kommunala självstyrelsen och att det enligt förarbetena inte bedöms möjligt att ge några enkla handlingsregler för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

En fördel med den här utformningen är att plattformen går att använda även om det sker förändringar i till exempel diagnostik, behandling och i sjukdomars yttringar. En nackdel med utformningen är att plattformen kan uppfattas som en otydlig fördelningsprincip som behöver tolkas och konkretiseras för att bli användbar. Det ställer krav på att politiker, som har ansvar för horisontella prioriteringar, hittar sätt att omsätta den etiska plattformen i praktisk styrning. Det ställer i sin tur ställer krav på politiker

att aktivt följa upp befolkningens behov av hälso- och sjukvård och i vilken utsträckning behoven tillgodoses, och att låta den etiska plattformen vägleda dem i sin styrning. Politiker har också ett ansvar att öppet kommunicera och motivera sina prioriteringar. Det handlar ytterst om insyn och medborgarnas möjlighet att utöva sina demokratiska rättigheter.

Inom den övergripande statliga styrningen och inom regionerna saknas i stor utsträckning systematiska principer för hur den etiska plattformen ska tillämpas när resurser fördelas mellan olika sjukdomsområden. Men i vår analys finner vi också exempel på hur vård efter behov tillsammans med människovärdesprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen tydligt tillämpas i verksamheten. Exempelvis har myndigheter som Socialstyrelsen och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) upparbetat rutiner och beslutsstöd som de använder för att ta fram nationella riktlinjer och beslut om vilka läkemedel som ska ingå i läkemedelsförmånen. Det förekommer även inom regionerna, men det verkar som om sådana principer tillämpas för mer avgränsade områden som prioriteringar av enskilda åtgärder och inte för att systematiskt följa upp och styra resursfördelningen i hälso- och sjukvården som helhet.

Lagstiftningen innehåller även andra mål och krav när det gäller hälso- och sjukvården, till exempel om tillgänglighet, personcentrering och valfrihet. För regionerna kan de olika målen och kraven innebära svåra avvägningar och i vissa fall målkonflikter. Liksom i tidigare studier har vi iakttagit att det finns en motvilja att välja bort bland dem som har ansvar för att fördela resurser mellan sjukdomsområden. Motviljan att välja bort kan spegla målkonflikter mellan den etiska plattformens mål om högre behovstäckning för grupper med stora behov och en vilja att tillgodose ett brett vårdutbud med god tillgänglighet för hela befolkningen. Att vårdbehov tillgodoses enligt befolkningens förväntningar uppfattar politikerna sannolikt som viktigt, bland annat för att upprätthålla stödet för en gemensamt finansierad universell hälso- och sjukvård.

6.2 VÅRD EFTER BEHOV MELLAN SJUKDOMSGRUPPER GENOMSYRAR INTE DEN ÖVERGRIPANDE STYRNINGEN

Även om vård efter behov är en uttrycklig princip i lagstiftningen, som har förtydligats i den etiska plattformen, intar den en undanskymd roll i den övergripande styrningen och resursfördelningen mellan sjukdomsgrupper. Principen om vård efter behov bör genomsyra hela styrningen – till exempel strategi, resursfördelning och uppföljning, både på nationell och regional



nivå. För att den ska kunna förverkligas behöver styrningen vara systematisk, långsiktig och sammanhållen. Här har staten ett särskilt ansvar eftersom den ska bidra till att ge regionerna förutsättningar att förse befolkningen med hälso- och sjukvård.

Flera av de statliga styrmedel som vi undersökt – vårdgarantin, nationellt vårdval, riktade statsbidrag och nationella riktlinjer – har inte som uttryckligt syfte att förstärka principen om vård efter behov mellan sjukdomsgrupper. Förarbeten och andra bakgrundsdokument redovisar i liten utsträckning varför vissa sjukdomsområden ska lyftas fram och vilka konsekvenser förslagen kan få när det gäller att regionernas möjligheter att beakta vård efter behov i sin övergripande styrning.

Den sammantagna slutsatsen från vår analys av fyra regioners arbete är att principen om vård efter behov inte är en naturlig och framträdande del av den övergripande styrningen och resursfördelningen mellan sjukdomsgrupper.

Att det saknas en gemensam bild av hur riktlinjerna för prioriteringar ska tillämpas, både i praktisk styrning och i förhållande till andra mål, gör också att styrningen riskerar att bli osammanhängande.

6.2.1 Vård efter behov är inte ett mål som genomsyrar den statliga styrningen

Samstämmigheten mellan olika styrmedel anges i forskningen som en avgörande faktor för i vilken uträkning styrningen bidrar till att nå de politiska målen eller inte (se t.ex. Simões m.fl. 2005, Howlett och Rayner 2013, Cejudo och Michel 2017, Nissinen m.fl. 2015). Vi har fokuserat på ett urval av statliga styrmedel och konstaterar att dessa sällan förstärker målet om en vård som styrs utifrån behoven i olika sjukdomsgrupper. De uttryckta målen för de styrmedel som ingår i vårt urval är oftast inte att öka jämlikheten mellan sjukdomsgrupper eller skapa förutsättningar att fördela resurserna efter behov. Även om styrmedlen inte heller direkt motverkar vård efter behov, kan det finnas risk för att den mjukare styrning som den etiska plattformen representerar hamnar i skymundan i förhållande till annan styrning som kan upplevas som tydligare.

I regel nämns den etiska plattformen och vård efter behov när reformer eller insatser tas fram och presenteras. Däremot är det ovanligt att underlagen uttryckligen redovisar hur styrmedlet skulle kunna påverka regionernas möjligheter att prioritera utifrån behoven i olika grupper eller att eventuella risker och hantering av dessa adresseras.

De riktade statsbidragen som ingår i vårt urval motiveras oftast tydligt utifrån att det finns ett behov av att stärka den del av hälso- och sjukvården som statsbidraget riktar in sig på. Men behoven sätts inte i relation till behoven i andra grupper eller av behov av förstärkningar inom andra områden på ett tydligt sätt, vilket är en förutsättning för horisontella prioriteringar. För att styrmedlen ska vara samstämmiga behöver staten beakta principen om vård efter behov vid beslut om insatser, men vår analys tyder på att om behoven och behovstäckningen i olika grupper har beaktats så kommuniceras det inte tillräckligt tydligt. Riktade satsningar som inte grundas i en tillräcklig analys av regionernas situation och behov kan också bidra till att regionernas prioriteringar försvåras, eftersom de skapar förväntningar som kan vara svåra att förena med principen om vård efter behov.

Inom ramen för statlig kunskapsstyrning är vägledningen till regioner för horisontella prioriteringar sparsam. Socialstyrelsens nationella riktlinjer ger främst beslutstöd vid vertikala prioriteringar, det vill säga inom ett sjukdomstillstånd, men ger ingen tydlig vägledning när det gäller horisontella prioriteringar. Orsakerna till det är att det bara finns riktlinjer för vissa sjukdomsområden och att det är otydligt hur existerande riktlinjer ska prioriteras i förhållande till varandra, men också till de områden som inte omfattas.

6.2.2 I regionernas styrning är vård efter behov ett undanskymt mål

Alla regioner lyder under hälso- och sjukvårdslagen och ska därmed arbeta för en vård efter behov och på lika villkor för hela befolkningen. Målet om en vård efter behov och på lika villkor finns i regionernas egna målformuleringar på olika sätt. Däremot hittar vi få exempel på att vård efter behov mellan sjukdomsgrupper omsatts i mer konkreta mål eller åtgärder i regionernas övergripande styrdokument.

Jämförande analyser av behoven i olika grupper, och hur behovstäckningen ser ut, skulle kunna vara en utgångspunkt för att identifiera vilka områden som bör prioriteras, men vi ser sällan exempel på att sådana analyser görs och inte heller exempel på att en sådan analys utgör grunden för regionala mål och prioriteringar. Det avspeglas också i själva styrningen. Eftersom mål kopplade till principen om vård efter behov saknas, följs de heller inte upp och har heller ingen naturlig plats i styrningen.

Regionernas övergripande resursfördelning mellan olika sjukdomsområden utgår i huvudsak ifrån tidigare års fördelning. I flera regioner finns systematiska processer för att prioritera in nya behandlingar eller besluta om



extra tillskott till verksamheter genom rangordning av olika alternativ. Det rör sig i regel om att saker prioriteras in och sällan om att saker prioriteras ned. Dessa prioriteringar omfattar generellt en liten andel av regionernas sammantagna hälso- och sjukvårdsbudget. Även mindre förändringar skulle kunna få betydelse på längre sikt, men då krävs ett mer långsiktigt perspektiv, vilket ofta saknas i dag. Vi har inte sett något exempel på att regionerna på ett mer övergripande sätt har genomlyst resursfördelningen mellan olika sjukdomsgrupper, där de tar hänsyn till den samlade resursfördelningen och inte bara till nya behandlingar och extra tillskott, utifrån perspektivet vård efter behov.

De förklaringar som har nämnts i våra intervjuer till att en sådan mer övergripande genomlysning inte görs, är att en ökad omfördelning av resurserna till de sjukdomsgrupper som har de största behoven och där behovstäckningen uppfattas som låg, kräver långsiktighet och politisk enighet, vilket kan vara svårt att uppnå. Det kan även vara politiskt svårt att dra ned resurser för vissa verksamheter.

6.2.3 Styrningen mot en vård efter behov är osammanhängande

För att det ska vara möjligt att uppnå en vård som är jämlik mellan sjukdomsgrupper är det nödvändigt att prioriteringar av olika sjukdomstillstånd bedöms på ett likartat sätt, oavsett om behandlingen består av exempelvis förmånsläkemedel eller någon annan behandling. Att olika aktörer – till exempel TLV, Socialstyrelsen och sjukvårdshuvudmännen – tillämpar den etiska plattformen på olika sätt kan medföra att det uppstår skillnader, till exempel att kostnadseffektivitetsprincipen tillämpas olika beroende på om det är ett läkemedel som utgör behandlingen (där TLV avgör) eller om det rör sig om ett kirurgiskt ingrepp (där regionerna avgör).

6.3 BRISTANDE UNDERLAG GÖR DET SVÅRT ATT STYRA RESURSERNA DIT BEHOVEN ÄR SOM STÖRST

Förutsättningar för att kunna styra resursfördelningen efter behoven i olika sjukdomsgrupper är dels att det är tydligt hur vård efter behov ska tillämpas i praktiken, dels att det finns underlag som en sådan styrning kan utgå från. Utifrån de resultat som kommit fram i våra analyser drar vi slutsatsen att de underlag som används i styrningen, på statlig och regional nivå, inte är tillräckligt utförliga för att ge förutsättningar att följa upp och styra resursfördelningen mellan olika sjukdomsområden. De underlag

som utgör grund för analyser och uppföljning av befolkningens behov, och som vi tagit del av från regionerna, saknar flera av de dimensioner som vi bedömer är nödvändiga för att de ska kunna ligga till grund för horisontella prioriteringar. Även i den nationella uppföljningen saknas i stor utsträckning information som kan vägleda beslutsfattare om var de största behoven finns och i vilken grad de tillgodoses i dag.

6.3.1 Det saknas uppföljning av befolkningens behov på nationell nivå

För en ändamålsenlig hälso- och sjukvårdspolitik där vård efter behov är styrande behöver beslutsfattarna känna till var de största behoven finns och i vilken utsträckning de tillgodoses i dag. Vår bild är att den befintliga nationella uppföljningen överlag inte fyller ett sådant syfte. Uppföljningen fokuserar mycket sällan på att följa upp ett visst utfall utifrån behov, alltså hur exempelvis väntetider, delaktighet eller tillgång till lämplig behandling ser ut för patienter i olika grupper utifrån medicinska behov eller sjukdomens svårighetsgrad.

Det innebär att det i stor utsträckning saknas underlag för att på nationell nivå belysa vilka patientgrupper som är i störst behov av mer resurser och insatser. Uppföljningen ger inte beslutsfattare underlag om var de största behoven finns och i vilken grad de tillgodoses i dag, vilket de i sin tur skulle kunna använda när de överväger eventuella insatser och förstärkningar.

En delförklaring till att uppföljning utifrån behov är förhållandevis sparsam är sannolikt att det är svårt att mäta hur stora behoven är för en viss person eller grupp av patienter, och att det saknas information om behov och svårighetsgrader i de befintliga datakällorna och statistiken. Därmed är det svårt att jämföra utfallen mellan olika sjukdomsgrupper. Men utmaningarna beror inte bara på bristande information, utan är också teoretiska eller konceptuella – det är inte självklart hur en analys skulle genomföras ens i idealfallet. Frågan om vad en behovsstyrd resursfördelning skulle innebära i praktiken och hur det kan analyseras och följas upp är komplex. Men vi menar ändå att det finns anledning och möjligheter att utveckla detta område.

6.3.2 I regionerna saknas ofta metoder för att systematiskt följa behoven i olika sjukdomsgrupper

För att bevaka behoven i befolkningen använder sig regionerna i vår fallstudie framför allt av allmän folkhälsostatistik, sjukdomsbaserade uppgifter om



incidens och prevalens, patient- och medborgarpaneler respektive dialog med verksamheter. Underlagen vi tagit del av saknar många dimensioner som vi bedömer är nödvändiga för att de ska kunna ligga till grund för horisontella prioriteringar. Exempelvis saknas information om tillståndens svårighetsgrad i olika patientgrupper och förslag på åtgärder och deras nytta för patienterna. Underlag om folkhälsa och sjukdomsförekomst bidrar till att belysa befolkningens behov, men de är oftast för generella för att kunna identifiera vilka behov som är mest prioriterade. De anger till exempel inte inom vilka sjukdomsgrupper som svårighetsgraden är störst eller hur behovstäckningen ser ut. Därmed blir det svårt att koppla underlagen till konkreta åtgärder.

En annan källa till hur behovstäckningen ser ut inom olika grupper är information från verksamheterna. Det kan ske i form av dialog mellan ledande tjänstemän och politiker. Vad som kommer fram i dessa dialoger har varit svårt att få en tydlig uppfattning om, men ekonomisk uppföljning tycks vara en central del. Vårt intryck är att den information som kommer fram i dialogen sällan används som grund för omfördelning mellan verksamheter på något systematiskt och öppet sätt.

Ett annat sätt är att låta verksamheternas anspråk komma till uttryck via äskanden om resurser utifrån en "tillskottspott". Dessa har ofta karaktären av ett mer konkret prioriteringsarbete, där förslagen rangordnas mer systematiskt. I regel motiverar de underlagen små förändringar i förhållande till budgeten som helhet. Även mindre förändringar kan dock få betydelse om de genomförs enligt en långsiktig plan. Vårt intryck är dock att det är sällan som omfördelningen representerar en långsiktig omfördelning till förmån för något särskilt sjukdomsområde.

Vi finner också exempel på analyser som kombinerar olika datakällor. I Region Skåne kombineras exempelvis uppgifter om prevalens, behovstäckning med en värdering av hur angelägna förbättringsåtgärder är inom olika områden. De underlagen har bidragit till att identifiera prioriterade områden utifrån ett behovsperspektiv.

Gemensamt för underlagen som tydligt identifierar behov av horisontella prioriteringar är att de används för att motivera ökade resurser. Vi finner inget exempel på att man har identifierat områden med för mycket resurser i förhållande till behoven.

6.4 REKOMMENDATIONER

Den etiska plattformen bör genomsyra styrningen av hela hälso- och sjukvården – till exempel strategi, resursfördelning och uppföljning. Vår övergripande slutsats är att vård efter behov mellan sjukdomsgrupper intar en undanskymd roll i de delar av den statliga och regionala styrningen av hälso- och sjukvården som vi analyserat.

I det svenska hälso- och sjukvårdssystemet finns många aktörer, och det finns flera mål, krav och andra styrsignaler som huvudmännen ska förhålla sig till. Då kan det finnas en risk för att olika styrsignaler hamnar i konflikt med varandra. Därför är det viktigt att styrningen är så sammanhållen och långsiktig som möjligt. Vi menar att styrningen på både statlig och regional nivå bör förhålla sig till principen om vård efter behov på ett tydligare sätt, bland annat genom att tydliggöra eventuella målkonflikter och genom att sträva efter underlag som kan belysa hur väl hälso- och sjukvården uppfyller principen.

► *Regeringen bör förstärka det horisontella behovsperspektivet i sin styrning*

Även om vård efter behov eller den etiska plattformen ofta nämns i bakgrundsdokumenten till de statliga styrmedel som vi har analyserat, tydliggörs det sällan varför ett specifikt område eller grupp är i behov av förstärkta insatser jämfört med andra områden. Det finns sällan en konsekvensanalys av vilka effekter styrmedlen kan förväntas få när det gäller regionernas möjligheter att prioritera utifrån vårdbehoven i olika sjukdomsgrupper. Vi menar att det vore värdefullt att utveckla sådana resonemang och analyser.

Därför rekommenderar vi att regeringen dels försöker hitta formerna för att tydligare redovisa hur reformer och insatser förhåller sig till principen om vård efter behov mellan sjukdomsgrupper och dels att utöka konsekvensanalyserna av förväntade effekter när det gäller vård efter behov. Även om statliga satsningar inte går före lagen, kan det bidra till att underlätta för huvudmännen att balansera olika mål i förhållande till varandra. Det kan även bidra till att tydliggöra hur insatser och reformer ska implementeras på ett sätt som beaktar den horisontella jämlikheten mellan olika sjukdomsgrupper. Beskrivningen bör också öppet kommunicera vilka underlag som stödjer regeringens bedömning av ett behov av insats.



Även om det i många fall finns svårigheter med att tillämpa principen om vård efter behov mellan olika grupper i styrningen, ser vi ett stort värde i att regeringen hittar former för att beskriva ett resonemang som på något sätt förhåller sig till den principen i sina underlag. Det är också viktigt den statliga styrningen bidrar till att förstärka de författningsbestämmelser som gäller för hälso- och sjukvården och att den statliga styrningen understödjer en långsiktig och sammanhållen strategi för hälso- och sjukvården.

En statlig utredare kommer inom kort att föreslå en funktion för samlad uppföljning av hälso- och sjukvården. Funktionen ska bland annat analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård (dir. 2019:78). Vi delar uppfattningen att en sådan funktion kan bli användbar, och att en viktig uppgift i arbetet inom den funktionen blir att bidra till att på ett mer transparent sätt identifiera behovet av statliga insatser genom analyser av behoven och behovstäckningen i olika grupper.

► *Regeringen bör verka för att den nationella uppföljningen i större utsträckning belyser vård efter behov*

Den befintliga nationella uppföljningen fokuserar i liten utsträckning på att följa upp, belysa och analysera vård efter behov mellan sjukdomsgrupper. En viktig förklaring är att det är svårt att utifrån statistik och nationella register avgöra och jämföra behov och behovstäckning mellan olika sjukdoms- och patientgrupper.

Vi menar att regeringen, trots dessa svårigheter, bör verka för att förutsättningarna att följa behov och behovstäckning utvecklas i en riktning som ökar möjligheterna att följa upp hur väl vården fungerar för olika sjukdomsgrupper.

Det är inte självklart hur en sådan uppföljning skulle se ut, men ett första steg vore att ge en lämplig myndighet i uppdrag att lämna förslag på en analys som belyser hur behoven och behovstäckningen ser ut för patienter med olika sjukdomstillstånd, och i samband med det också lämna förslag på vilka förändringar som skulle behöva göras i existerande statistikällor för att möjliggöra en sådan uppföljning. Därefter får regeringen bedöma eventuella behov av författningsändringar. Viktiga aspekter i ett sådant uppdrag skulle kunna vara information som belyser svårighetsgraden i olika sjukdomsgrupper, men också möjliga insatser och kostnadseffektiviteten för dessa.

Vid framtagandet av ett sådant underlag är det viktigt att både ett patient- och brukarperspektiv och professionernas kunskap tas tillvara. Att ta fram ett sådant underlag är komplext. Även om det ger en översiktlig bild och inte kan fånga alla dimensioner, kan det ge vägledning om i vilka grupper de största vårdbehoven finns. Vi menar att en sådan analys kan bli ett viktigt underlag för att infria regeringens önskan om att via en ny funktion för samlad nationell uppföljning bland annat analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård (dir 2019:78).

De befintliga datakällorna skulle kunna utvecklas för att öka förutsättningarna för att analysera om vårdens resurser fördelas efter behov. Det finns inga perfekta mått, men genom att bättre kunna följa behovstäckningen utifrån olika data- och statistikällor skapas större möjligheter till analys utifrån olika kompletterande mått. För att kunna följa behovstäckningen i olika patientgrupper skulle det också vara önskvärt att information om huvuddiagnos inkluderas i enkät databaser och patientregister som som Väntetidsdatabasen, Läkemedelsregistret och Folkhälsomyndighetens enkät Hälsa på lika villkor.

► *Regionerna bör utveckla arbetet med att styra resurserna efter behov*

Vi bedömer att regionpolitiker och tjänstemän på regional nivå behöver ta ett tydligare ansvar för att styra resurserna efter behoven i olika sjukdomsgrupper. Det handlar om att förtydliga hur man avser styra mot vård efter behov och omsätta principen i den praktiska styrningen. Det handlar också om att se till att underlag tas fram som gör det möjligt att följa hur vårdbehoven i olika sjukdomsgrupper ser ut och i vilken utsträckning de tillgodoses i dagsläget.

Vi har sett exempel på att regionerna fördelar om resurser utifrån behov i olika sjukdomsgrupper eller vårdområden, och menar att arbetet både kan utvecklas och spridas. De nuvarande arbetena sker i relativt liten skala och handlar främst om att prioritera upp vissa vårdområden eller insatser.

Vi rekommenderar regionerna att utvidga de här exemplen till att i ett bredare perspektiv belysa behoven av prioriteringar mellan olika sjukdomsområden. Vi rekommenderar också att de skapar förutsättningar för att utifrån ett mer långsiktigt perspektiv omfördela resurser till



områden i behov av förstärkningar och att även fatta beslut om att prioritera ned områden. I vissa regioner kan det handla om att lära sig av andra regioner som har erfarenhet av ett mer systematiskt arbete med prioriteringar. Ett sådant arbete kan sannolikt också gynnas av att SKR tar fram stöd till regionerna, till exempel skulle det kunna göras inom ramen för den nationella kunskapsstyrningsorganisationen.

Det är viktigt att verksamheternas kunskap tas tillvara i horisontella prioriteringar. Samtidigt har politikerna ansvar för det övergripande perspektivet. För att kunna förhålla sig till alla de krav och förväntningar på ökade resurser som finns från professioner, medborgare och patienter krävs att personer i styrande ställning har underlag som hjälper till att belysa prioriteringar från övergripande nivå. Sådana underlag kan också bidra till att skapa mer långsiktiga strategier i resursfördelningen mellan olika sjukdomsområden eller verksamheter.

► *Regeringen bör initiera en översyn av behovet av förbättrat kunskapsstöd om vård efter behov*

Vi ser att det finns ett behov av ett förstärkt kunskapsstöd för horisontella prioriteringar, men kan utifrån vår analys inte exakt avgöra hur ett sådant stöd bör utformas. Vi rekommenderar därför regeringen att initiera en översyn av hur behovet av ett kunskapsstöd ser ut och hur det bör utformas. Översynen bör ta hänsyn till vilka behov av kunskapsstöd som regionerna, men även statliga aktörer, ser finns. Det kan exempelvis handla om stöd till hur behoven i olika sjukdomsgrupper skulle kunna följas, hur underlag för en resursfördelning efter behoven inom sjukdomsgrupper skulle kunna se ut och förbättrade stöd för hur den etiska plattformen kan tillämpas i praktiken. I ljuset av de behov av kunskapsstöd som regioner och myndigheter efterfrågar, kan det också framkomma behov av att reda ut och förtydliga delar i den etiska plattformen.

Det finns skäl till att lagstiftning och förarbeten inte ger exakta handlingsregler för prioriteringar, som den kommunala självstyrelsen. Det bör också finnas möjligheter att anpassa verksamheter efter olika förutsättningar. Men samtidigt kan det finnas risk att tolkningssvårigheter bidrar till att det blir svårt att implementera den etiska plattformen i praktiken, så att den genomsyrar styrningen på alla nivåer. Ett stort utrymme för tolkningar kan också leda till att plattformen tillämpas på olika sätt i olika delar av hälso- och sjukvården och i olika regioner. Det kan i sin tur leda till ojämlikheter i vården.

► *Regeringen bör överväga om det finns behov av en översyn av den etiska plattformen*

Det är över 20 år sedan den etiska plattformen beslutades. Även om principen om en vård på lika villkor och efter behov generellt har ett stort stöd har vi sett att den ges begränsat utrymme vid styrning gällande horisontella prioriteringar. I vårt arbete har vi också sett att det kan finnas vissa svårigheter med att tillämpa den etiska plattformen i praktiken. Sedan den etiska plattformen beslutades har också hälso- och sjukvården förändrats och utvecklats på en rad områden. Till exempel har det skett en snabb medicinteknisk utveckling, möjligheterna till egenvård har förbättrats, det har skett förändringar i befolkningens förväntningar och efterfrågan och omfattningen av privatfinansierad vård har ökat. Det har också skett organisatoriska förändringar i hälso- och sjukvården, som omställningen mot en god och nära vård är ett exempel på.

Sammantaget ser vi därför att regeringen bör överväga om det finns behov av att göra en översyn av den etiska plattformen. Det kan finnas behov av att se över hur den står sig i förhållande till hur hälso- och sjukvården ser ut idag. Det kan också finnas behov av att utveckla och förtydliga delar av den.

Om regeringen beslutar att göra en sådan översyn ser vi att utredningsarbetet bör präglas av en bredd avseende både förankring och genomförande. Resultatet av översynen är av principiellt avgörande karaktär och bör därför stå sig över tiden, vilket underlättas om arbetet har en bred förankring i riksdagen.





Referenser

- Arvidsson, E., Borgquist, L., Carlsson, P., Frank, L., Lindström, K. och Mårtensson, L. (2006). Erfarenhet, kunskap och inställning till prioriteringar - En intervjustudie med personal i primärvården. Linköping: CMT.
- Ashoff, G. (2005). Enhancing Policy Coherence for Development: Justification, Recognition and Approaches to Achievement. Bonn: Deutsches Institut für Entwicklungspolitik.
- Broqvist, M., Bäckman, K., Garpenby, P. och Lund, K. (2009). Prioriteringar i Västerbottens läns landsting 2008. Del II. Olika tankar om processen. Linköping: Prioriteringscentrum.
- Broqvist, M., Branting Elgstrand, M., Carlsson, P. och Jakobsson, A. (2011). Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Linköping: Prioriteringscentrum.
- Broqvist, M., von Gotes, L., Volmevik Lundberg, P., Svensson, C. och Winberg, A. (2019). Beslutsstöd för prioriteringar på individnivå – exempel från hjälpmedelsverksamhet. Linköping: Prioriteringscentrum.
- Carlsson, P., Kärvinge, C., Broqvist, M., m.fl. (2007). Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport 2007:1. Linköping: Prioriteringscentrum.
- Carlsson, P., Hoffman, M., Levin, L.-Å. och Sandman, L. (2012). Prioritering och finansiering av läkemedel för behandling av patienter med sällsynta sjukdomar. Linköping: Prioriteringscentrum.
- Cejudo, G. och Michel, C. (2017). Addressing fragmented government action: coordination, coherence, and integration. *Policy Sciences*, nr. 50, s. 745–767.
- Culyer, A. J. (2013). *The Humble Economist: Tony Culyer on Health, Health Care och Social Decision Making*, York: University of York and Office of Health Economics.

- Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet (2015/16). Melding til Stortinget. Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering. Meld.St. 34 (2015–2016).
- Dir. 2018:95. Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Socialdepartementet, Regeringskansliet.
- Dir. 2019:78. Tilläggsdirektiv till utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning (S 2018:12). Socialdepartementet, Regeringskansliet.
- Eldh, E. (2019). Att leva som man lär? Om statlig styrning av prioriteringar i hälso- och sjukvård. Examensarbete Masterprogrammet i statsvetenskap med inriktning mot offentlig politik och organisation. Statsvetenskapliga institutionen, Stockholms universitet.
- Garpenby, P. och Nedlund, A-C. (2016). Political strategies in difficult times. The “backstage” experience of Swedish politicians on formal priority setting in healthcare. *Social Science & Medicine*, nr. 163, s. 63–70.
- Gustavsson, E. (2017). Characterising Needs in Health Care Priority Setting. Linköping: Linköpings universitet.
- Hermerén, G. (2009). Redskap finns och plattformen håller men kunskapsunderlaget är bräckligt för prioriteringar i vården. *Läkartidningen*, vol. 106, nr. 42, s. 2702–2703.
- Hermerén, G. (2014). Prioriteringar: val och värden i vården. *Årsbok. H. Rahm, Vetenskaps societeten i Lund*: 65–96.
- Howlett, M. och Rayner, J. (2013). Patching vs Packaging in Policy Formulation: Assessing Policy Portfolio Design. *Politics and Governance*, vol. 1, nr. 2, s. 170–182.
- Höglund, A. (2003). Reflektioner över etik och prioriteringar i vården – intervjuer med vårdpersonal. Linköping: Prioriteringscentrum.
- Juth, N. (2011). Behovsprincipen i vården. *Tidskrift för politisk filosofi*. Årgång 15, nr 2.
- Juth, N. (2019). Den prioriteringsetiska plattformen. Presentation vid Etikdagen, Svenska Läkaresällskapet.
- KCE (2018). Use of Patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy. KCE-report 303. Belgian Health Care Knowledge Centre, Bryssel.
- Leading Health Care (2014). Framtidens hälsa, vård och omsorg. Detta kommer debatten att handla om. Stockholm: Leading Health Care.
- Lindgren, L. (2008). Utvärderingsmonstret. Kvalitets- och resultatmätning i den offentliga sektorn. Lund: Studentlitteratur.
- Lund, K. (2015). Socialstyrelsens nationella riktlinjer och kommunernas prioriteringar. Linköping: Prioriteringscentrum.

- Nilsson, M., Zamparutti, T., Peterson, J. E., Nykvist, B., Rudbeck, P. och McGuinn, J. (2012). Understanding Policy Coherence: Analytical Framework and Examples of Sector–Environment Policy Interactions in the EU. *Environmental Policy and Governance*, nr. 22, s. 395–423.
- Nissinen, A., Heiskanen, E., Perrels, A., Berghäll, E., Liesimaa, V. och Mattinen, M. K. (2015). Combinations of policy instruments to decrease the climate impacts of housing, passenger transport and food in Finland. *Journal of Cleaner Production*, nr. 107, s. 455–466.
- Power, M. (1997). *The Audit Society: Rituals of Verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Prioriteringscentrum (2007). *Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården*. Linköping: Prioriteringscentrum.
- Prioriteringscentrum (2017). *Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård – ett verktyg för rangordning*. Linköping: Prioriteringscentrum.
- PROM-nätverket (2017). *Översikt av PROM och PREM inom de nationella kvalitetsregistren 2017*.
- Prop. 1981/82:97. *Regeringens proposition om hälso- och sjukvårdslag m.m.*
- Prop. 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
- Prop. 2001/02:63. *De nya läkemedelsförmånerna*.
- Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*.
- Prop. 2013/14:93. *Ökad tillgänglighet och mer ändamålsenlig prissättning av läkemedel*.
- Prop. 2013/14:106. *Patientlag*.
- Prop. 2014/15:1 *Budgetpropositionen för 2015. Förslag till statens budget för 2015, finansplan och skattefrågor (utgiftsområde 9)*.
- Prop. 2015/16:1. *Budgetpropositionen för 2016. Förslag till statens budget för 2016, finansplan och skattefrågor*.
- Prop. 2019/20:1. *Budgetpropositionen för 2020. Förslag till statens budget för 2020, finansplan och skattefrågor (utgiftsområde 9)*.
- Riksdagsskrivelse 1996/97:186. *Prioritering inom vården*.
- Riksrevisionen (2004). *Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård*. RiR 2004:9. Stockholm: Riksrevisionen.
- Riksrevisionen (2014). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan*. RIR 2014:22. Stockholm: Riksrevisionen.
- Riksrevisionen (2016). *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*. RiR 2016:29. Stockholm: Riksrevisionen.

- Sandman, L. (2015). Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer? En översikt av tolknings- och tillämpningssvårigheter. Linköping: Prioriteringscentrum.
- Simões, S., Huppel, G. och Seixas, J. (2005). A tangled web: Assessing overlaps between energy and environmental policy instruments in place along electricity systems. *Environmental Policy and Governance*, vol. 25, nr. 6, s. 125–126.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019). *Sektorn i siffror. Tabeller för sektorn i siffror, oktober 2019* (flik 5). Tillgänglig: <https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/ekonomi/sektornisiffror.1821.html> [2020-04-21].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020). *Statsbidrag*. Tillgänglig: <https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/ekonomi/budgetochplanering/statsbidrag.1403.html> [2020-04-21].
- Skr. 2001/02:87: *Redogörelse för en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2002*.
- SMER – Statens medicinsk-etiska råd (2009). Om Prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården. Bilaga till beslut av Statens medicinsk-etiska råd (S 1985:A). Stockholm: SMER.
- SMER – Statens medicinsk-etiska råd (2018). Remissvar till betänkandet Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel – en balansakt (SOU 2017:87). Stockholm: SMER.
- Socialdepartementet och SKL (2019). En ny, uppdaterad kömiljard 2019. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.
- Socialstyrelsen (2006). Metod för behovsbedömning. Rapport från InfoVU-projektets kunskapsnätverk för behov. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012). Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). Vad är nationella riktlinjer? Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014). Förstudie om behov av kunskapsstöd för kroniska sjukdomar. Endometrios, epilepsi och psoriasis. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016). Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Slutrapport mars 2016. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018a). Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018b). National guidelines – today and tomorrow. Presentation vid Priorities 2018.

- Socialstyrelsen (2019a). Väntetider, patientperspektiv och strävan mot en jämlik cancervård. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019b). Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa. Slutredovisning av regeringsuppdrag om förlossningsvården och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019c). Utvärdering av vård vid psoriasis – Huvudrapport med förbättringsområden. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2019. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019d). Nationella riktlinjer och utvärderingar. Förslagsrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020). Nationella riktlinjer – Metodbeskrivning. Hämtad 2020-01-21.
- Socialutskottets betänkande 1996/97:SOU14. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
- SOU 1995:5 *Vårdens svåra val*. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Fritzes, Stockholm.
- SOU 2001:8 *Prioriteringar. Perspektiv för politiker, professioner och medborgare*. Slutbetänkande från Prioriteringsdelegationen. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2017:48 *Kunskapsbaserad och jämlik vård – Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*. Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården. Stockholm: Wolters Kluwer.
- SOU 2018:47 *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn*. Huvudbetänkande av Tillitsdelegationen. Stockholm: Nordstedts juridik.
- SOU 2019:42 *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*. Slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård. Stockholm: Nordstedts juridik.
- Statskontoret (2011). Tänk efter före – Om viss styrning av kommuner och landsting. Rapport 2011:22. Stockholm: Statskontoret.
- Statskontoret (2014). Det kommunala utjämningssystemet – en beskrivning av systemet från 2014. Rapport 2014:2. Stockholm: Statskontoret, Stockholm.
- Svensson, M., Nilsson, F.O. och Arnberg, K. (2015). Reimbursement decisions for pharmaceuticals in Sweden: the impact of disease severity and cost effectiveness. *Pharmaeconomics*, nr. 33, s. 1229-1236.

- Tao, Y., Henry, K., Zou, Q. och Zhong, X. (2014). Methods for measuring horizontal equity in health resource allocation: a comparative study. *Health Economics Review*, vol. 4, nr. 10.
- TLV – Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2003). Läkemedelsförmånsnämndens allmänna råd om ekonomiska utvärderingar. LFNAR 2003:2. Stockholm: TLV.
- Tromp, N. och Baltussen, R. (2012). Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision. *BMC Health Services Research*, vol. 12, nr. 454.
- Vedung, E. (2003). "Styrmedel". I: Energimyndigheten, Naturvårdsverket och Boverket, *Effektiva energi i bostäder: En antologi om framtidens styrmedel*. Eskilstuna: Energimyndighetens förlag.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2013a). Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning. Rapport 2013:8. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2013b). Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården. Rapport 2013:1. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014). En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Rapport 2014:7. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2015a). Lång väg till patientnytta. En uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system. Rapport 2015:7. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys– Myndigheten för vårdanalys (2015b). Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin. Rapport 2015:5. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2015c). Vårdval och jämlik vård inom primärvården. En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande. Rapport 2015:6. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag. Rapport 2016:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a). Löftesfri garanti. En uppföljning av den nationella vårdgarantin. Rapport 2017:6. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017b). Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister. Rapport 2017:4. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018a). I väntans tider. En delrapport om satsningen på kvinnors hälsa. Rapport 2018:2. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018b). Stöd på vägen. En uppföljning av satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Rapport 2018:3. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Del 1: angreppssätt och utgångpunkter. Rapport 2019:2. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E. och Paci, P. (1991). On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics*, nr. 10, s. 169–205.



BILAGA 1 – INTERVJUGUIDE I REGIONERNA

Introduktion

- Tror du att det finns samsyn mellan tjänstemän, politiker, profession på hur prioriteringar ska ske i organisationen? Olika syn?
- Sker prioriteringsarbetet fortsatt så att varje centrumbildning har fått rangordna sina behov och man träffas och diskuterar detta? Dvs. finns det någon form av process där man identifierar frågor som kanske bör prioriteras ner jämfört med tidigare. Om så är fallet sker här någon form av rangordning?
- Upplever du att sjukvårdsledningen följer upp behoven inom olika sjukdomsgrupper på ett återkommande och systematiskt sätt?

Struktur

- På vilken nivå delar regionstyrelsen ut medel och vilken roll spelar dessa nivåer (om någon) i själva fördelningen av resurser?
- Vilka aktörer deltar i resursfördelningsprocessen när regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden sagt sitt? Vilka roller har dessa aktörer? Finns informellt inflytande? Påverkar media? Hur ser styrkedjan ut?
- Hur ser samspelet ut mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen?

Underlag

- Vilka aktörer bidrar med underlag för fördelning? Någons ansvar?
- Vilka underlag förekommer i samband med resursfördelningen? Dvs.

vilka sätt att samla in kunskap om behoven i befolkningen och behovsgap i olika grupper?

- Hur sker dialog och i vilken utsträckning finns underlag för kommunikation mellan politik och sjukhuschefer/divisionschefer?
- Finns det någon information om vad som bortprioriteras eller nedprioriteras?
- Är det i underlagen var för sig eller sammantaget möjligt att rangordna de olika alternativen?
- Hur rangordnar man de olika alternativen?
- Använder man sig av den nationella prioriteringsmodellen? I vilken utsträckning?

Process

- Vilken aktör initierar och ansvarar för att driva igenom resultaten från underlag? Alternativt, finns det någon identifierad/utsedd aktör med ansvar för att driva igenom resultaten från underlagen?
- Hur används underlagen?
- Finns det nivåer som saknar underlag? Hur ser ni på det?
- Vilka omständigheter eller strukturer stödjer eller hindrar att de tas tillvara?
- Hur beaktar man behoven som finns inom olika kliniker när man fördelar resurser? Finns specifika indikatorer som visar på resursutnyttjandet? Vilka i så fall?

Betydelse

- Vilken betydelse har kunskap om behov och föreslagna prioriteringar i besluten?
- Vilka omständigheter medför att de får stå tillbaka?

Statlig styrning

- Är satsningarna som omfattas av riktade statsbidrag motiverade av behov?
- Upplevs den statliga styrningen med lagstiftning, ekonomisk styrning och kunskapsstyrning stödja eller hindra resursfördelning efter behov?
- Behövs ytterligare eller anpassad kunskapsstyrning för att bättre kunna stödja verksamheterna? Finns det lagstiftning som motverkar den behovsstyrning som sker från landstingens sida? Patientlagen? Vårdgarantin? Annan lagstiftning?

BILAGA 2 – REGIONDOKUMENT

Budget och verksamhetsplaner

Region Östergötland

- Strategisk plan med treårsbudget 2016–2018
- Strategisk plan med treårsbudget 2017–2019
- Strategisk plan med treårsbudget 2018–2020
- Strategisk plan med treårsbudget 2019–2021

Region Skåne

- Budget och verksamhetsplan 2016 med plan för 2017–2018
- Budget och verksamhetsplan 2017 med plan för 2018–2019
- Budget och verksamhetsplan 2018 med plan för 2019–2020
- Budget och verksamhetsplan 2019 med plan för 2020–2021

Region Västernorrland

- Budget för 2016 samt ekonomisk plan för 2017–2018
- Budget för 2017 samt ekonomisk plan för 2018–2019
- Budget för 2018 samt ekonomisk plan för 2019–2020
- Budget för 2019 samt ekonomisk plan för 2020–2021
- Regionplan 2018–2020
- Regionplan 2019–2021
- Regionplan 2020–2022

Region Sörmland

- Mål och budget, planperioden 2016–2018
- Mål och budget, planperioden 2017–2019
- Mål och budget, planperioden 2018–2020
- Mål och budget, planperioden 2019–2021

Hälso- och sjukvårdsnämnd

Region Östergötland

- Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2017
- Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2018
- Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2019

Region Skåne

- Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2016
- Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2017

- Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2018
- Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2019

Region Västernorrland

- Balanserat styrkort 2017
- Balanserat styrkort 2018
- Balanserat styrkort 2019

Behovsanalyser med mera

Region Östergötland

- Behovsstyrning: Behovsanalys och utvecklad brukardialog
- Lipödem – Behovsanalys och brukardialog 2018
- Ätberoende utan vedertagna ätsjukdomar – Behovsanalys och brukardialog 2018
- Strokeinsjuknade personer i yrkesverksam ålder – Behovsanalys 2017
- Inflammatoriska tarmsjukdomar IDB – Behovsanalys och brukardialog 2017
- Äldre med psykisk ohälsa – Behovsanalys och brukardialog 2017
- Ögonsjukdomar som kan medföra betydande funktionsnedsättning – Behovsanalys och brukardialog 2017
- Depression och ångest hos unga vuxna – Behovsanalys och brukardialog 2017
- Förlossningsskador – Behovsanalys och brukardialog 2016

Region Skåne

- Behovsrapport för planering av hälso- och sjukvård 2018
- Behovsrapport för planering av hälso- och sjukvård 2019
- Behovsrapport för planering av hälso- och sjukvård 2020
- Region Västernorrland
- Behovsanalys 2008
- Behovsanalys 2009

Region Sörmland

- Budgetunderlag 2017–2019 Landstingsstyrelsen
- Budgetunderlag 2018–2020 Landstingsstyrelsen
- Budgetunderlag 2019–2021 Landstingsstyrelsen
- Budgetunderlag 2020–2022 Landstingsstyrelsen
- Framtidens hälso- och sjukvård
- Framtidens hälso- och sjukvård 2.0

Uppföljning

Region Östergötland

- Bilaga – Uppföljning Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2019
- Årsredovisning 2016
- Årsredovisning 2017
- Årsredovisning 2018
- Delårsrapporter och årsredovisning HSN

Region Skåne

- Årsredovisning 2016
- Årsredovisning 2017
- Årsredovisning 2018

Region Västernorrland

- Årsredovisning 2016
- Årsredovisning 2017
- Årsredovisning 2018

Region Sörmland

- Årsredovisning 2016
- Årsredovisning 2017
- Årsredovisning 2018

BILAGA 3 – STYRDOKUMENT RIKTADE STATS BIDRAG

Kömiljarden (2009–2014)

Prop. 2009/10:1 (budgetproposition för 2010), utgiftsområde 9, avsnitt 3.

Överenskommelser:

1. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti.
2. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård (daterad 2009-12-16).
3. 2011 års överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård.
4. 2012 års överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård.
5. Fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård ("kömiljarden") 2013. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.
6. Fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård ("kömiljarden") 2014. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Kvinnors hälsa (2015–2022)

Prop. 2014/15:1 (budgetproposition för 2015), utgiftsområde 9, avsnitt 4.5.

Prop. 2014/15:99 (vårändringsbudget för 2015), avsnitt 6.8.

Prop. 2015/16:1 (budgetproposition för 2016), utgiftsområde 9, avsnitt 4.5.

Prop. 2016/17:1 (budgetproposition för 2017), utgiftsområde 9, avsnitt 4.4 och 4.6.

Prop. 2016/17:99 (vårändringsbudget för 2017), avsnitt 5.8.

Prop. 2017/18:1 (budgetproposition för 2018), utgiftsområde 9, avsnitt 3.6.

Prop. 2018/2019:1 (budgetproposition för 2019), utgiftsområde 9, avsnitt 3.6.

Överenskommelser:

1. En förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2015 och 2016.
2. Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2019.
3. Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2019.
4. Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018–2019.
5. Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödrahälso- och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 2020–2022.

Kronikersatsningen 2014–2017

Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Regeringskansliet. Socialdepartementet artikelnr. S2014.005.

Handlingsplan 2014. Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Regeringskansliet. Socialdepartementet artikelnr. S2014.016.

Prop. 2013/2014:1 (budgetproposition för 2014), utgiftsområde 9, avsnitt 4.4 och 4.10.

Prop. 2014/15:1 (budgetproposition för 2015), utgiftsområde 9, avsnitt 4.4 och 4.5.

Prop. 2015/16:1 (budgetproposition för 2016), utgiftsområde 9, avsnitt 4.5.

Överenskommelser:

1. Insatser för kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården 2015. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.
2. Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar mm. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016.
3. Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017.

Psykisk ohälsa

Nationell handlingsplan 1 (2001–2004) och 2 (2005–2007)

Prop. 1999/2000:149.

Prop. 2005/06:1 (budgetproposition för 2006), utgiftsområde 9, avsnitt 4.5.

Överenskommelse om en fortsatt satsning för utveckling av psykiatri (daterad 2005-03-31).

Psykiatrisatsningen (2007–2011)

Skr. 2008/09:185. En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.

Prop. 2008/2009:1 (budgetproposition för 2009), utgiftsområde 9, avsnitt 4.8.

PRIO psykisk ohälsa (2012–2016)

PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016. S2012:006.

Reviderad handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014–2016. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2014-06-12.

Överenskommelser:

1. Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.
2. Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.
3. Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.
4. Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2015. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

(forts.)

Psyisk ohälsa

Psyisk hälsa (2016–2020)

Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa. Kommittédirektiv 2015:138.

Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016–2020. Fem fokusområden fem år framåt.

Överenskommelser:

1. Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016.
2. Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.
3. Insatser inom psykisk hälsa – området 2018. Överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.
4. Överenskommelse inom området psykisk hälsa 2019.
5. Insatser inom området psykisk hälsa. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 2020.

Styra mot horisonten

Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar

Att vård ska ges efter behov och på lika villkor är centrala utgångspunkter för svensk hälso- och sjukvård. Riksdagen har beslutat om en etisk plattform och allmänna riktlinjer för prioriteringar i vården. I den här rapporten belyser vi hur vård efter behov mellan sjukdomsgrupper kommer till uttryck i den övergripande styrningen av hälso- och sjukvården. Vi visar bland annat att kunskapen om behoven och hur väl de tillgodoses behöver förbättras samt att den nationella statistiken och uppföljningen tydligare behöver belysa principen om vård efter behov.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

