

JAN-ERIC NORDLING

Prioriteringsutredningens förslag ger längre köer och mer privatbetald vård på sjukhusen

De beryktade vårdköerna är snart tillbaka. I varje fall om det förslag genomförs som Prioriteringsutredningen (SOU 1993:93) lade fram förra hösten. Svåra kroniska sjukdomar, vård i livets slutskede m m ges där högsta prioritet. Sker det utan *resursförstärkning* ökar inte bara köerna. Andelen privatfinansierad vård ökar också. Eventuella hinder mot sådan vård på de offentliga sjukhusen bör tas bort. Eljest blir det orättvist mot alla som bor utanför storstäderna.

Tre etiska grundprinciper

I Prioriteringsutredningens rapport anges tre etiska grundprinciper för prioritering av sjukvård:

1. *Människovärdesprincipen*: Alla människor har samma värde oavsett samhällsfunktion etc.
2. *Behovs- eller solidaritetsprincipen*: Resurserna bör satsas där behoven är störst.
3. *Effektivitetsprincipen*: Om allt annat är lika har det mest kostnadseffektiva företräde.

Utifrån denna etik avvisar man andra tänkbara principer för resursallokering såsom lotteriprincipen och efterfrågeprin-

cipen. Med "efterfrågan" menar utredningen patientens önskemål att få en annan (oftast dyrare) vård än som behövs enligt läkarens bedömning. Men den menar också efterfrågan i dess fackekonomiska betydelse, dvs patientens önskemål att få den vård han själv vill ha om han betalar marknadspris.

Utredningen slår fast att all sjukvård bör finansieras solidariskt¹, i varje fall all *medicinskt motiverad* sjukvård. Men om all sjukvård som behövs kan betalas solidariskt behövs ingen prioritering. Många hade säkert väntat sig att utredningen – lydande sina direktiv – skulle skissera en grundnivå för den gemensamt finansierade sjukvården. Det vägrar man på goda grunder att göra. Men man utgår från att resurserna inte räcker till! Utifrån de etiska grundprinciperna talar man om vad som då bör göras i första hand.

Fem prioriteringsgrupper

En styrka med utredningen är att den skiljer på prioritering vid politisk/administrativ resursallokering och den prioritering

¹ Att sjukvård finansieras solidariskt stämmer med vad som faktiskt hänt i Vasteuropa under 1900-talet. Utlamnade till marknaden har människor slutit sig samman i sjukförsäkringar eller köpt sjukförsäkringar, och därmed i praktiken anslutit sig till en solidarisk princip inom respektive kollektiv. Problemet är som bekant att dessa marknadsmässiga kollektiv tenderar att utesluta dem som bäst behöver dem. Nasta steg är följdriktigt skattefinansiering och/eller obligatoriska sjukförsäkringar. Jämför för övrigt vad som nu sker i USA!

JAN-ERIC NORDLING har varit revisionschef vid Landstinget Sörmland, nu pensionerad.

som läkaren, sjuksköterskan tvingas göra med patienten framför sig.² Vad som är nytt i utredningens gruppering är att den ger vård av svåra kroniska sjukdomar och vård i livets slutskede i samma högsta (!) prioritet som den ger vård av livshotande sjukdomar. Detta gäller vid politisk/administrativ resursallokering.

I andra ändan av skalan definierar utredningen två grupper som inte behöver finansieras solidariskt, nämligen där orsaken inte är sjukdom (utan exempelvis kosmetiska skäl) respektive där lekmanen själv kan vårda sina besvär. Men så går det till redan nu: på varje sjukhus finns en taxa för åtgärder som ej motive-ras av sjukdom. Den bygger på självkostnadsprincipen. I praktiken blir därför utredningens tredje prioritet "vård av mindre svåra sjukdomar" också dess lägsta prioritet (lägre än förebyggande vård och lägre än hjälpmedelsförsörjning o dy). Till stor del är det fråga om sådana tillstånd som debatten om vårddköerna har handlat om: starr på ett öga, vissa åderbräck, vissa ljumskbräck kan tjäna som konkreta exempel på sådant som visserligen bör betalas solidariskt, men utföras i sista hand.

Vad händer i praktiken?

När man lyssnar på praktiskt verk samma inom vården förstår man att utredningens kraftfulla prioritering av svåra kroniska sjukdomar skulle innebära att resurser måste tillföras. Det gäller bla till mer sjukhusvård av psykiskt sjuka för att ge ett konkret exempel. Men i de flesta framtidsbedömningar förutsätts tvärtom *mindre* andel offentliga medel till sjukvård. När utredningen dessutom klart tar avstånd från tanken att sänka vårdens kvalitet i de högre prioriterade grupperna, återstår inte mycket annat än sänkt behovstäckning för de mindre svåra sjukdomarna.

Det kan enligt utredningen tänkas ta den formen att det politiskt anges att re-

surser ej anvisas för vissa behandlingar. I så fall skall orsaken till utebliven behandling anges vid läkarens rådgivning till enskilda patienter. Ansvar för tillämpningen i de enskilda fallen ligger nämligen på dem som möter patienterna. Vid det mötet gäller professionellt ansvar, vilket bla innebär att budgetanvisningar inte utan vidare är bindande. Det är därför inte alltför djärvt att gissa, att tillämpningen främst får formen av växande vårddköer för de mindre svåra sjukdomarna. Kanske har vi 1980-talets beryktade köer åter?

Efterfrågan tar sig in genom bakdörren?

Oavsett om patienten får ett klart nej eller om nejet får formen av en orealistiskt lång väntetid, kan utredningsförslagen paradoxalt nog komma att medföra en ökad betydelse för efterfrågeprincipen. De "otåliga" – de som för egen del prioriterar annorlunda än utredningen – kommer nämligen att fråga sig om det går att köpa förtur. Eftersom det definitionsmässigt då blir fråga om privat finansierad vård lägger i varje fall inte Prioriteringsutredningen något hinder i vägen. Den konstaterar visserligen att kortare väntetid i privat finansierad vård är ett dilemma, men den nöjer sig med att tala otvetydigt om etik i offentligt finansierad vård! På de flesta håll i Sverige, framförallt utanför storstadsregionerna, finns inte något ut-

² Tekniken att tydligt skilja på prioritering "i förväg" gentemot anonyma patienter och prioritering "här och nu" gentemot de livs levande förordades redan 1980 i en artikel i *Ekonomisk Debatt*. Den var ett resultat av ett samarbete mellan socialmedicinaren Ragnar Berfvenstam och ekonomen Thomas Thorburn (Berfvenstam & Thorburn [1980]). När man läst den tycks tekniken självklar och nödvändig. Men det framgår av Prioriteringsutredningen att den verkar vara unik för Sverige. I varje fall används den inte i de förslag till offentliga prioriteringsregler som publicerats utomlands.

bud av privat finansierad sjukhusvård. Av hävd ges inte heller någon möjlighet "att köpa sig förbi" på de offentligt drivna sjukhusen. Med Prioriteringsutredningens förslag är det därför troligt att de regionala skillnaderna ökar.

Skilj på offentligt driven och offentligt finansierad vård

Som ovan antytts är dock privatfinansierad vård inte något principellt nytt på offentliga sjukhus. För vaccinering, försäkringsutredningar, kosmetik m m tillämpas det redan idag. Det nya vore att tillämpa det inom ett område – de mindre svåra sjukdomarna – där alla verkar vara överens om att vården egentligen borde finansieras solidariskt. Men om de "otåliga" ser till att efterfrågeprincipen ändå vinner inträde – på privatägda sjukhus – är det väl ologiskt att förbjuda den på de offentligt ägda sjukhusen? Det kan knappast anses vara etiskt hållbart med ett förbud som bara skulle gälla inom en del av sjukvården. Ty etiken kan inte gärna bero på organisationsscheman och ersättningsformer. Huvuddelen av en läkares, ett sjukhus verksamhet är nämligen redan idag offentligt finansierad oavsett ägandeförhållandena. För övrigt blir det nuvarande förbudet att köpa sig förbi kön på ett offentligt ägt sjukhus lätt absurt på ett annat vis: Den sjukhusläkare som av medkänsla (exempelvis!) ställer upp på sin fritidsmottagning – som remitterar till sig själv med andra ord – kommer att stämplas som en skurk av alla oss andra – inklusive av sin egen fackförening. Ges han istället möjlighet att på övertid hjälpa till mot sjukhusets självkostnadstaxa blir det etiskt godtagbart!

Slutsatser

Med Prioriteringsutredningens förslag kommer ökade köer för viss, lägre prioriterad sjukvård att uppstå. För många av dessa finns efterfrågan och betalnings-

vilja. Om hänsyn till detta inte tas, t ex i form av att privatfinansierad vård kan tillhandahållas på offentliga sjukhus, kommer vård på lika villkor inte att erbjudas i Sverige.

Referenser

- Berfvenstam, R & Thorburn, T, [1980], "Prioriteringar inom sjukvården". *Ekonomisk Debatt*, årg 8, nr 4, s 275–283.
- SOU 1993:93, *Vårdens svåra val*. Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Allmänna Förlaget, Stockholm.