

RiR 2004:9

# Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård

ISBN 91 7086 010 6

RiR 2004:9

Tryck: Riksdagstryckeriet, Stockholm 2004

Till  
Regeringen  
Socialdepartementet

Datum 2004-05-14  
Dnr 31-2003-0098

## Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård

Riksrevisionen har granskat regeringens och berörda myndigheters arbete med att konkretisera riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Företrädare för socialdepartementet och berörda myndigheter har beretts tillfälle att faktagranska och kommentera rapportutkast.

I enlighet med 9§ lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. överlämnas rapporten till regeringen. Rapporten överlämnas samtidigt till Riksrevisionens styrelse.

Riksrevisor *Eva Lindström* har beslutat i detta ärende. Inom Riksrevisionen har granskningen genomförts av *Arne Lund*, revisionsdirektör och projektansvarig. Revisionschef *Eva Lindblom* har medverkat i den slutliga handläggningen.

Eva Lindström

Arne Lund

### *Sändlista*

Socialstyrelsen  
Läkemedelsförmånsnämnden  
Statens beredning för medicinsk utvärdering  
Landstingsförbundet  
Svenska Kommunförbundet  
Ansvarskommittén



# Innehåll

Sammanfattning	7
1 Inledning	11
1.1 Bakgrund	11
1.2 Granskningen	13
2 Prioritering – begrepp, process och beslutsfattare	17
2.1 Riksdagsbeslutet - etisk plattform och prioriteringsgrupper	17
2.2 Begrepp	18
2.3 Process och beslutsfattare	19
3 Regeringens styrning och uppföljning	23
3.1 Styrning genom reglering	23
3.2 Styrning genom informativa styrmedel och genom organisering	24
3.3 Uppföljningar, myndighetsstyrning samt överenskommelser	26
3.4 Sammanfattning av iakttagelser kring regeringens styrning och uppföljning	28
4 Nationella myndigheter	31
4.1 Socialstyrelsen	31
4.2 Läke-medelsförmånsnämnden	35
4.3 Sammanfattning av iakttagelser kring de nationella myndigheterna	36
5 Riktlinjernas tillämpning	39
5.1 Utredningar m.m.	39
5.2 Revisionsrapporter	41
5.3 Iakttagelser i sammanfattning	43
6 Riksrevisionens slutsatser och rekommendationer	45
6.1 Revisionsfrågorna	45
6.2 Riksrevisionens slutsatser	46
6.3 Riksrevisionens rekommendationer	47
Bilaga 1 Referenser	49
Bilaga 2 Fallstudier	53



# Sammanfattning

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Från och med den 1 juli 1997 gäller dessutom att den som har det största behovet ska ges företräde till vården. I riksdagens beslut om det förändrade målet uttrycks nationellt fastlagda riktlinjer som bör vara vägledande för prioriteringar inom hälso- och sjukvården

## Riksdagens riktlinjer för prioriteringar

Det är regeringen och nationella myndigheter som har till uppgift att konkretisera de övergripande nationella målen och skapa förutsättningar för huvudmännens tillämpning av riksdagsbeslutet om riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Dessutom är det regeringens uppgift att återföra information om tillämpningen av riktlinjerna till riksdagen.

Tidigare genomförda granskningar (av Riksrevisionsverket och Riksdagens revisorer) om statens styrning av hälso- och sjukvården har påvisat problem för olika styråtgärders möjligheter att få genomslag i praktiken. Den framtida demografiska utvecklingen, i kombination med en snabb medicinsk-teknisk utveckling skärper kraven på prioriteringar i hälso- och sjukvården. Mot den bakgrunden är det angeläget att granska riksdagens riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården.

## Riksrevisionens granskning

De frågeställningar som granskningen utgått från är

1. Har regeringen och nationella myndigheter konkretiserat riksdagens riktlinjer för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvård så att de kunnat omsättas i praktiken?
2. Har tillämpningen av riktlinjerna följts upp?

Förutom att granska regeringens insatser har Riksrevisionen valt att granska hur Socialstyrelsen och Läkemedelsförmånsnämnden arbetat med frågan om att konkretisera riksdagens riktlinjer för prioriteringar i vården. Riksrevisionen har inte granskat hur *enskilda* huvudmän, dvs. landsting och kommuner, tillämpat riksdagens riktlinjer eftersom denna fråga ligger utanför vårt granskningsmandat.

## Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen anser *inte* att regeringen har konkretiserat riksdagens riktlinjer för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvård på ett sådant sätt att de har kunnat omsättas i praktiken. Regeringen har inte heller följt upp eller begärt in information för att kunna bedöma måluppfyllelsen. Det går därmed inte att uttala sig om riktlinjerna i någon allmän omfattning har kunnat omsättas i praktiken.

Riksrevisionen konstaterar emellertid att regeringen har varit passiv i sin styrning och uppföljning av riksdagens riktlinjer för prioriteringar. Avsaknaden av uppföljning är särskilt anmärkningsvärd. Riktlinjerna för prioriteringar har fått en relativt undanskymd roll i den statliga styrningen av hälso- och sjukvård medan satsningar på ökad tillgänglighet har givits en högre dignitet.

Socialstyrelsens arbete med beslutsstöd för öppna prioriteringar är högt prioriterat inom myndigheten. I Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling anges inga bindande indikationer för när åtgärder ska vidtas. Enligt gällande ansvarsfördelning fattar huvudmännen beslut om indikationer för vård och behandling och sätter därmed i praktiken gränserna för det offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvården.

Läkemedelsförmånsnämnden har, till skillnad från Socialstyrelsen, givits ett tydligt ansvar att beakta rationalitet och kostnadseffektivitet. Nämndens uppdrag har till stor del riksdagens riktlinjer för prioriteringar som utgångspunkt..

De nationella myndigheterna har sammanfattningsvis genomfört de uppdrag de givits av regeringen. Socialstyrelsen har utöver detta tydligt tagit fasta på Dagmaröverenskommelsens uppdrag om att utarbeta beslutsstöd för öppna prioriteringar och givit detta arbete en central roll inom myndigheten.

Det råder en allmän brist på kunskap och uppföljningar kring riktlinjernas tillämpning. Tillgängligt externt material och underlag från den fallstudie som genomförts inom ramen för granskningen visar bl.a. att

- De som arbetar i vården har uppfattat riksdagsbeslutet som något av en självklarhet. Beslutets egentliga innebörd har varit svår att uppfatta. Även ledande tjänstemän och landstingspolitiker lyfter fram denna fråga. Huvudmännen har därmed inte mer ingående kunnat uttolka riksdagsbeslutet och omsätta riktlinjerna i praktiken



- Vårdens basåtagande uppfattas som diffust och öppna prioriteringar är sällsynt förekommande. Den behovsstyrning som stadgades i ändringen av målet i HSL är svår att spåra i verkligheten.
- Satsningar på ökad tillgänglighet är svåra att förena med riktlinjer för prioriteringar.
- Intressekonflikter mellan patienter/medborgare, politiker och de som arbetar i vården gör det komplicerat att ompröva prioriteringar på olika nivåer

Granskningen visar sammantaget att det på olika nivåer varit svårt att uttolka riksdagsbeslutet och omsätta detta till konkret handling. Riktlinjerna för prioriteringar gavs, enligt Socialdepartementet, medvetet en vag utformning för att inte hindra regionala och lokala anpassningar. Utformningen av beslutet har dock skapat oklarhet om uttolkningen av riktlinjerna, hos såväl huvudmän som Socialstyrelsen och Läke-medelsförmånsnämnden. Detta har enligt Riksrevisionens mening begränsat riktlinjernas förmåga att kunna påverka verksamheten i praktiken.

Det är, enligt Riksrevisionens mening, angeläget att riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården blir ett verktyg för dialog mellan vårdens olika intressenter, dvs. medborgare, politiker på olika nivåer och de som arbetar i vården.

## Riksrevisionens rekommendationer

- Riksrevisionen anser att regeringen bör vidta åtgärder för att utveckla riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
- Riksrevisionen anser att regeringen bör revidera Socialstyrelsens myndighetsinstruktion så att den även anger uppgifter och ansvar kring behovsstyrd hälso- och sjukvård och kostnadseffektivitet.
- Riksrevisionen anser att regeringen bör undvika myndighetsstyrning genom Dagmaröverenskommelsen och i stället ge myndighetsuppdrag genom regleringsbrev eller genom andra regeringsbeslut.
- Riksrevisionen anser att regeringen bör tydliggöra för berörda aktörer hur satsningarna på ökad tillgänglighet förhåller sig till riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.



# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

### 1.1.1 Riksdagsbeslutet

Beslutet om nationella riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvård<sup>1</sup> innebär att det från den 1 juli 1997 finns en allmän prioriteringsregel i 2§ hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Denna paragraf uttrycker hälso- och sjukvårdens mål. Regeln uttrycker att den som har det största behovet ska ha företräde till vården. Beslutet innebär inte på något sätt att det ursprungliga målet om vård på lika villkor förändrades. Regeln om den s.k. behovsstyrningen ska därmed ses som en utveckling av det redan gällande målet.

I beslutet uttrycks nationellt fastlagda riktlinjer som bör vara vägledande när prioriteringar görs och det består av en etisk plattform och fyra prioriteringsgrupper. En närmare beskrivning av beslutets utformning ges i det andra kapitlet (s.15).

Beslutet understryker huvudmännens ansvar för tillämpningen men lämnar ett relativt stort utrymme för lokala variationer, dvs. varierande behovstäckning.

### 1.1.2 "Vårdens svåra val"

Diskussioner om det offentliga åtagandets gränser och behovet av tydliga prioriteringar inom hälso- och sjukvårdssystemet har länge förekommit såväl nationellt som internationellt. Flera länder har utvecklat nationella riktlinjer och principer för prioriteringar. I bl.a. Norge lade en statlig kommitté fram ett förslag om nationella riktlinjer redan år 1987<sup>2</sup>. Förslaget resulterade i en departementsföreskrift som trädde i kraft år 1990.

Den svenska diskussionen om behovet av öppna prioriteringar i ett nationellt perspektiv har sitt ursprung från ett kommittéarbete under 1990-talets första hälft. Regeringen beslutade i januari 1992 att tillsätta en kommitté med uppdrag att överväga hälso- och sjukvårdens roll och grundläggande etiska principer för vägledning och grund för öppna diskussioner om

---

<sup>1</sup> Proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.

<sup>2</sup> NOU 1987:23. Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste. Oslo 1987.

prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Enligt direktiven<sup>3</sup> fanns fyra faktorer som motiverade översynen:

- Den biomedicinska utvecklingen, dvs. en snabb medicinsk teknisk utveckling.
- Den demografiska utvecklingen, vilken innebär en ökande andel äldre människor och en minskande andel i yrkesverksam ålder.
- Medborgarnas ökande krav och förväntningar på hälso- och sjukvården.
- De ekonomiska resurserna.

Kommittén lämnade två betänkanden som båda var benämnda Vårdens svåra val, SOU 1993:93 och slutbetänkandet SOU 1995:95<sup>4</sup>.

### 1.1.3 Stark betoning på öppenhet

Från Prioriteringsutredningens direktiv till det slutliga riksdagsbeslutet löper frågan om *öppenhet*. Prioriteringsutredningen hade i uppdrag att överväga hälso- och sjukvårdens roll och grundläggande etiska principer för vägledning och grund för öppna diskussioner om prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Regeringen skrev i proposition 1996/97:60, Prioriteringar inom hälso- och sjukvården:

*”Prioriteringar har alltid förekommit i hälso- och sjukvården, uttalat eller outtalat, med eller utan angivande av grunder. Prioriteringar äger i själva verket rum hela tiden på alla plan inom vården. Det har alltid varit nödvändigt att ställa olika behov och krav mot varandra. Det gäller allt från övergripande politisk resursprioritering till de beslut som fortlöpande tas i den kliniska vardagen.”*

*”De val av olika slag som görs i hälso- och sjukvården grundar sig alltid på värderingar av något slag. När alla vårdbehov inte kan tillgodoses måste en mer öppen diskussion föras som gör prioriteringsgrunderna klara.”*

Socialutskottet skriver i sitt betänkande<sup>5</sup>, att man instämmer i de principer som enligt propositionen bör ligga till grund för prioriteringar inom vården, den s.k. etiska plattformen. Man understryker kravet på öppenhet.

*”Principerna för prioriteringarna och de bakomliggande skälen måste i enlighet med propositionen redovisas öppet.”*

---

<sup>3</sup> Kommittédirektiv 1992:8.

<sup>4</sup> En närmare redogörelse av den parlamentariska beredningen kring beslutet ges i förstudien Prioriteringar i hälso- och sjukvården (2002/03:14), Riksdagens revisorer.

<sup>5</sup> Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU14. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

## 1.2 Granskningen

### 1.2.1 *Motiven för denna granskning*

Det är regeringen och de nationella myndigheterna som konkretiserar de övergripande nationella målen och skapar förutsättningar för huvudmännens tillämpning av riksdagsbeslutet. Dessutom är det regeringens uppgift att återföra information om tillämpningen av riktlinjerna till riksdagen.

Tidigare genomförda granskningar inom ramen för Riksrevisionsverkets granskningsprogram om statens styrning av hälso- och sjukvård (se kap 1.2.5) har påvisat problem för olika styråtgärders genomslag i praktiken. Frågan om riksdagens riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården är enligt Riksrevisionens mening därför mycket angelägen att granska. Den avser styrning och fördelning av stora offentliga resurser som är tänkta att nå de som har störst behov.

Enligt Riksrevisionens mening skärper den framtida demografiska utvecklingen, i kombination med en snabb medicinsk-teknisk utveckling, kraven på prioriteringar i hälso- och sjukvården

### 1.2.2 *Revisionsfrågor*

De frågeställningar som granskningen utgått från är

- 1. Har regeringen och nationella myndigheter konkretiserat riksdagens riktlinjer för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvård så att de kunnat omsättas i praktiken?**
- 2. Har tillämpningen av riktlinjerna följts upp?**

I granskningen ingår underlag som på ett övergripande sätt berör frågan om hur huvudmännen tillämpat riksdagens riktlinjer om öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Dessutom ingår en analys av riktlinjernas samspel med andra nationella mål.

### 1.2.3 *Avgränsningar*

Sett i ett styrningsperspektiv är hälso- och sjukvård ett eget politikområde, styrt av ett mål som lyder: "Hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.". De myndigheter som har i uppdrag att se till att detta mål uppfylls är: Statens beredning för medicinsk utvärdering, (SBU), Socialstyrelsen, Läkemedelsförmånsnämnden, (LFN), Läkemedelsverket och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, (HSAN).

Förutom att granska regeringens insatser har Riksrevisionen valt att granska hur Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering

(SBU) och Läke-medelsförmånsnämnden (LFN) arbetat med frågan om att konkretisera riksdagens riktlinjer för prioriteringar i vården.

Riksrevisionen har inte granskat hur *enskilda* huvudmän tillämpat riksdagens riktlinjer eftersom denna fråga ligger utanför granskningsmandatet.

Det råder en generell brist på kunskap om *hur* huvudmännen upprättar och genomför prioriteringar i sin verksamhet. Riksrevisionen har därför i största möjliga utsträckning valt att i granskningen fokusera *öppna* och tydliga prioriteringar på olika nivåer.

#### 1.2.4 Genomförande

Den information som ligger till grund för granskningen har inhämtats genom dokumentstudier och intervjuer.

I granskningen ingår fallstudier. Syftet med dessa var att utveckla den egna kunskapen och förståelsen kring problematiken samt att samla in underlag till en problembeskrivning kring tillämpningen av de riktlinjer som uttrycks i riksdagsbeslutet. Urvalet begränsades till ett mindre och ett större landsting. Riksrevisionen genomförde fallstudier i Blekinge läns landsting och i Stockholms läns landsting.

Fallstudierna genomfördes under försommaren och hösten 2003. De bestod av sammanlagt 22 intervjuer (8 administratörer, 5 politiker, 9 läkare). I Blekinge valdes ledande tjänstemän, politiker och verksamhetschefer, medan det i Stockholm gjordes en del slumpvisa urval, främst bland politiker och läkare. Fallstudierna redovisas i bilaga 2.

Under hösten genomfördes intervjuer hos de i granskningen ingående nationella myndigheterna samt hos Socialdepartementet och den dåvarande ordföranden i Prioriteringsdelegationen. Syftet med intervjuerna var att inhämta information om nationella åtgärder och uppföljningar som vidtagits med anledning av riksdagens riktlinjer. Intervjuunderlaget kompletterades därefter med dokumentstudier.

Prioriteringsriktlinjerna omfattar även kommunal hälso- och sjukvård. Vi har av tids- och resursskäl inte haft möjlighet att genomföra fallstudier hos kommuner. För att ändå få kunskap om tillämpningen av riktlinjerna hos kommuner har vi tagit del av studier genomförda av Nationellt Prioriteringscentrum.

De i granskningen berörda nationella myndigheterna samt Socialdepartementet har beretts tillfälle att faktagranska och kommentera rapportutkast.

### 1.2.5 Tidigare genomförda granskningar kring statlig styrning av hälso- och sjukvård

Denna granskning har anknytning till ett antal nyligen genomförda statliga granskningar inom hälso- och sjukvårdsområdet. Regeringen beslutade hösten 2001 att ge Riksrevisionsverket, RRV, i uppdrag att granska statens styrning av hälso- och sjukvård. Uppdraget genomfördes i form av ett samordnat program som innehöll ett antal granskningar där olika aspekter på statens styrning av hälso- och sjukvård belystes<sup>6</sup>. I planeringen av denna granskning har RRVs granskningar varit en grund.

Den statliga revisionen har således nyligen genomfört insatser som genererat värdefull kunskap vad gäller det statliga åtagandet inom hälso- och sjukvårdssektorn. Riksrevisionen har gjort en genomgång av dessa granskningar och utarbetat en separat promemoria som visar vilka iakttagelser, slutsatser och rekommendationer som gjorts<sup>7</sup>.

Riksdagens revisorer fattade i maj 2003 beslut om en förstudie<sup>8</sup>, som behandlande förutsättningarna för att granska hur riksdagsbeslutet om prioriteringar inom hälso- och sjukvården tillämpas. Revisorerna beslutade *"rekommendera Riksrevisionen att, om man avser att genomföra en granskning av efterlevnaden av riksdagens beslut om prioriteringar i sjukvården, beakta vad som framkommit i denna förstudie."*

Våren 2003 inledde RRV en granskning som bl.a. innehöll en studie om riksdagens riktlinjer för prioriteringar i vården. Detta projekt inleddes med en fallstudie för att belysa och beskriva problematiken kring huvudmännens prioriteringar. För att bygga vidare på de genomförda insatserna beslutade Riksrevisionen i september 2003 att fullfölja det påbörjade arbetet genom att genomföra en granskning kring riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

### 1.2.6 Rapportens disposition

Kapitel 2 består av en kortfattad begreppsgenomgång och en redovisning av olika former av prioriteringsbeslut på olika nivåer. Kapitel 3 innehåller en beskrivning av regeringens konkretisering av riksdagsbeslutet och hur uppföljningen har genomförts. Kapitel 4 innehåller en redogörelse för de nationella myndigheternas åtaganden och vilka åtgärder de vidtagit.

---

<sup>6</sup> RRVs program bestod av följande granskningar: Att påverka utan att styra (RRV 2002:4), Stimulera eller finansiera? (RRV 2002:16), Hur fungerar utvärderingsfunktionen inom hälso- och sjukvården? (RRV 2002:27), Vård och omsorg för äldre (RRV 2002:28), Att styra genom att komma överens (RRV 2003:14).

<sup>7</sup> Riksrevisionen, RRVs granskningsprogram Statens styrning av hälso- och sjukvård, Promemoria 2003-10-30.

<sup>8</sup> Riksdagens revisorer, Förstudie 2002/03:14. Prioriteringar i hälso- och sjukvården.

Kapitel 5 belyser frågan om hur huvudmännen har tillämpat riksdagens riktlinjer. Kapitlet innehåller bl.a. underlag från olika utredningar samt från landstingens egen revision om huvudmännens tillämpning av prioriteringsriktlinjerna. I bilaga 2 finns iakttagelser baserade på de fallstudier som genomförts inom projektets ram (dvs. under år 2003). Det sjätte och avslutande kapitlet innehåller Riksrevisionens slutsatser och rekommendationer.



## 2 Prioritering – begrepp, process och beslutsfattare

I detta kapitel ges en närmare beskrivning av riksdagsbeslutet om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården samt en översiktlig beskrivning av organisations- och beslutsformer inom hälso- och sjukvårdssystemet.

### 2.1 Riksdagsbeslutet - etisk plattform och prioriteringsgrupper

Riksdagsbeslutet består av en etisk plattform och fyra prioriteringsgrupper. Den etiska plattformen grundas på tre etiska principer:

- *Människovärdesprincipen*, enligt vilken alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- *Behovs- och solidaritetsprincipen*, enligt vilken resurserna bör satsas på områden (verksamheter, individer) där behoven är störst.
- *Kostnadseffektivitetsprincipen*<sup>9</sup>, enligt vilken en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i hälsa och livskvalitet, bör eftersträvas vid valet mellan olika verksamheter eller åtgärder.

Principerna är rangordnade. Människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen. Konkret innebär detta att svåra sjukdomar går före lindrigare även om vården av de svåra sjukdomarna kostar mycket mer.

Det är oförenligt med de etiska principerna att låta en människas behov stå tillbaka på grund av hans/hennes ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska förhållanden. Däremot är det möjligt att i det enskilda fallet ta hänsyn till omständigheter som begränsar nyttan av de medicinska åtgärderna.

Utifrån de etiska riktlinjerna har man därefter lagt fast riktlinjer för prioriteringar som delats in i fyra prioriteringsgrupper efter angelägenhetsgrad:

---

<sup>9</sup> I 28 §, HSL anges att all hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Det nationella kravet på huvudmännen har tillkommit för att särskilt understryka vikten av att tillgängliga medel används så effektivt som möjligt.

Prioriteringsgrupp	Vårdinnehåll
I	Vård av livshotande akuta sjukdomar Vård av svåra kroniska sjukdomar Palliativ (lindrande) vård och vård i livets slutskede Vård av människor med nedsatt autonomi
II	Prevention Habilitering/rehabilitering
III	Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar
IV	Vård av andra skäl än sjukdom eller skada

Prioriteringsutredningen uttryckte i sitt slutbetänkande att behovstäckningen skulle vara högre i de högsta prioriteringsgrupperna och lägre i de lägsta prioriteringsgrupperna. Hur hög behovstäckningen skulle vara i den enskilda prioriteringsgruppen var en fråga som ytterst skulle avgöras utifrån vilka resurser som hälso- och sjukvården förfogade över.

## 2.2 Begrepp

Att prioritera innebär att ge företräde eller förtur åt någon. Ofta ges emellertid begreppet en betydligt vidare innebörd. Ibland används begreppet för att beskriva en rangordning där mer angelägna åtgärder och verksamheter sätts före mindre angelägna. Vid andra tillfällen används begreppet för att avgränsa en verksamhet. Det som prioriteras är i detta fall det man väljer att ägna sig åt medan det andra inte alls åtgärdas.

Begreppet prioritering kan också användas för att beskriva en process som förväntas utmynna i en optimal fördelning av de tillgängliga resurserna.

Ofta används begreppet prioritering som en synonym till begreppet ransonerings vars innebörd är fördelning, inskränkning eller reglering.

I rapporten används begreppet prioritering i samtliga ovan nämnda betydelser.

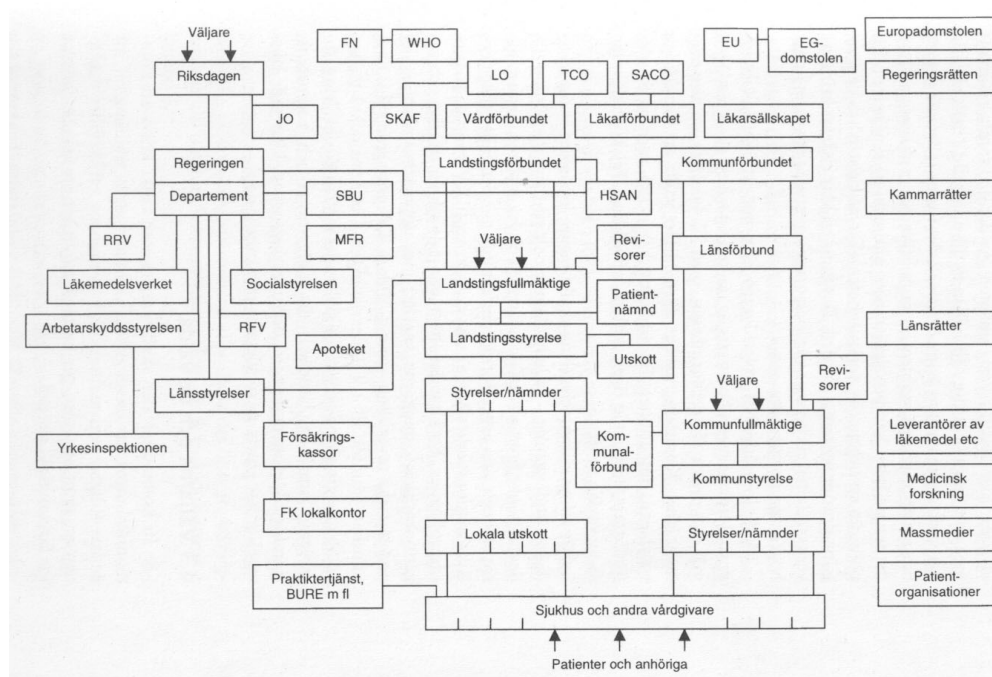
Andra centrala begrepp är **vertikala** respektive **horisontella** prioriteringar.

**Vertikal prioritering** innebär prioritering mellan enskilda patienter och patientgrupper inom ett sjukdoms- eller verksamhetsområde. Där ingår insatser för prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering. Vid **horisontell prioritering** är besluten mer målgrupps- eller befolkningsinriktade. Då fattas beslut om resursfördelning mellan olika verksamhetsområden eller mellan sjukdomsgrupper. Några exempel på horisontell resursfördelning är fördelning mellan psykiatri och annan specialistvård eller fördelning mellan internmedicin och ögonsjukvård.

Ett annat begrepp som förekommer i rapporten är **indikation**. Inom medicinen innebär<sup>10</sup> indikation en omständighet som utgör skäl för att vidta en viss åtgärd, t.ex. vid utredningen eller behandlingen av en sjukdom eller ett symptom. Konkreta exempel på indikationer är grad av synnedläggelse för att genomföra kataraktoperationer eller BMI (Body-Mass-Index) vid förskrivning av medel mot fetma.

## 2.3 Process och beslutsfattare

Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och organisation kan illustreras på många olika sätt. Varje bild kan ifrågasättas för att den inte visar hela verkligheten och alla aktörers samband. Bilden nedan är ett sätt av många olika sätt att visa hur den svenska hälso- och sjukvården organiseras.



Källa: Ekonomirådets rapport år 2000, Politisk makt med oklart ansvar, s. 89.

Vad som inte framgår i ovanstående bild är avtal och överenskommelser mellan olika aktörer, som visar sig ha stor betydelse sett i ett styrningsperspektiv. Avtalen finns på olika nivåer, såväl nationell som regional och lokal nivå.

<sup>10</sup> Enligt Nationalencyklopedin.

Den svenska hälso- och sjukvården är ett flernivåstyrt<sup>11</sup> system. Det går att identifiera åtminstone fyra olika nivåer där beslut om olika former av prioriteringar fattas. Alla dessa nivåer har ett komplext samspel med varandra men detta har medvetet undvikits i följande framställning. Här har inte heller tagits hänsyn till olika typer av resursfördelningsmodeller som ytterligare komplicerar bilden. Det centrala i detta avsnitt har varit att ringa in beslutsfattarna. Redovisningen i detta avsnitt är därför starkt förenklad.

*Riksdagen* beslutar bl.a. om hur mycket resurser staten ska tillföra sjukvårdshuvudmännen samt om reglerna för uttag av utjämningsavgifter och utbetalning av utjämningsbidrag till dessa. Riksdagen beslutar också om regler för upprättande av budget, vilket bl. a. uttrycks genom det s.k. balanskravet i 8 § kommunallagen. Balanskravet innebär att huvudmännen inte tillåts att låta de förväntade utgifterna vara högre än de förväntade intäkterna. Det är *regeringen* och de *nationella myndigheternas* uppgift att omsätta riksdagens beslut i praktiken.

*Huvudmännen*, dvs. landsting och kommuner, beslutar om fördelning av de resurser som skatteintäkter, statsbidrag och patientavgifter ger dels till hälso- och sjukvård dels till annan verksamhet man ansvarar för (t.ex. kollektivtrafik, utbildning, kultur). Beslutet är ett uttryck för en prioritering mellan de olika verksamheterna. Genom beslut om dels skatteuttagets nivå dels patientavgiftens nivå kan huvudmännen påverka den sammanlagda resursramen.

*Huvudmännen* beslutar också om fördelningen av resurser och övergripande riktlinjer för olika verksamheter och olika vårdformer inom hälso- och sjukvården. Hur detaljerad fördelningen är varierar mellan olika huvudmän och olika verksamheter. Ibland förekommer det även att huvudmännen har politiska organ som fattar resursbeslut på olika nivåer, centralt och lokalt. Besluten är ett uttryck för prioritering mellan vårdens olika delar.

*Verksamhetschefer* planerar verksamheten och fördelar resurser till olika delar av verksamheten. I vissa fall kan denna fördelning grundas på riktlinjer beslutade av förtroendevalda. Oavsett förekomsten av riktlinjer från förtroendevalda innebär fördelningen en prioritering mellan olika delar av verksamheten.

*Läkaren* fattar, ensam eller i samråd med kollegor, beslut om prioriteringar mellan olika patienter.

Den enskilde *läkaren* väljer eller prioriterar mellan att behandla eller att avstå från att behandla en sjukdom. Om läkaren väljer att behandla görs ett val eller en prioritering mellan olika åtgärder och deras förväntade effekter

---

<sup>11</sup> Ansvarskommittén för en ingående diskussion kring flernivåstyrning i sitt delbetänkande Utvecklingskraft för hållbar välfärd, SOU 2003:123. Man använder uttrycket för att beskriva ett delat ansvar mellan olika nivåer och organ.

eller nytta. Valet eller prioriteringen sker utifrån läkarens egna kunskaper om olika åtgärder samt tillgången till resurser.

Av genomgången framgår att gränsen mellan horisontella och vertikala prioriteringar kan se ut på olika sätt. Det finns en gråzon mellan politikerns och verksamhetschefens beslutsfattande. Det framgår även att behovet av, och utformningen av, prioriteringar på lägre nivåer påverkas av prioriteringar på högre nivåer och vice versa.

Tillgången på resurser kan påverka valet av åtgärder i det enskilda fallet. Omvänt gäller att de professionellas utveckling av och tillämpning av kunskap och metoder har betydelse för prioriteringar på högre nivåer. Ny medicinsk kunskap och ny medicinsk teknik kan ge förutsättningar för effektiviseringar men kan också skapa behov av resurstillskott, förändrad resursfördelning eller nya riktlinjer.



## 3 Regeringens styrning och uppföljning

I detta kapitel redovisas hur regeringen på olika sätt styrt och följt upp tillämpningen av riksdagsbeslutet om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Regeringen har en uppsättning olika styrmedel till sitt förfogande och utformningen av dessa grundas på den gällande ansvarsfördelningen mellan stat och kommun/landsting. De olika styrmedlen kan indelas och beskrivas på olika sätt och varje indelning bygger på en förenkling av en komplex verklighet. I det praktiska agerandet i olika frågor kombineras olika styrmedel. För att ändå genomföra en redovisning som grund för en analys har detta kapitel getts tre indelningar:

- Styrning genom reglering
- Styrning genom informativa styrmedel och genom organisering
- Myndighetsstyrning, uppföljningar samt överenskommelser

Den statliga verksamheten är indelad i 47 olika *politikområden* och politikområdet Hälso- och sjukvård är ett av dessa. Politikområdet är uppdelat i två *verksamhetsområden*: hälso- och sjukvård och tandvård.

Verksamhetsområdet hälso- och sjukvård är i sin tur uppdelat i fyra *verksamhetsgrenar*: tillsyn, normering, kunskap samt myndighetsuppgifter. Av regleringsbrevet till Socialstyrelsen för år 2004 framgår att målet för verksamhetsområdet hälso- och sjukvård är att "*Huvudmännen för hälso- och sjukvård skall stödjas i sitt arbete att utveckla tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården*". Målet för verksamhetsområdet avspeglar således inte HSL:s mål om en behovsstyrd hälso- och sjukvård.

### 3.1 Styrning genom reglering

Riksdagsbeslutet om riktlinjer innebar att 2 § HSL ändrades. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården utvecklades genom att det angavs i lagen att den som har störst behov ska ges företräde.

En så genomgripande förändring av målet skulle kunna tänkas föranleda en ändring av Socialstyrelsens myndighetsinstruktion. Det förändrade målet i HSL föranledde emellertid ingen ändring av regeringens övergripande uppdrag till Socialstyrelsen, dvs. Socialstyrelsens myndighetsinstruktion (SFS 1996:570).

Läkemedelsförmånsnämnden är en ny myndighet som inrättades år 2002. Regeringen utfärdade en instruktion till myndigheten där just frågan om rationalitet och kostnadseffektivitet betonades (SFS 2002:719).

## 3.2 Styrning genom informativa styrmedel och genom organisering

I propositionen (prop. 1996/97:60), som låg till grund för riksdagsbeslutet om prioriteringar, gavs riktlinjerna en utformning som förutsatte regionala och lokala konkretiseringar. Därför ville man inte att de skulle vara så preciserade att utrymmet för regionala och lokala konkretiseringar minskade.

### 3.2.1 Prioriteringsdelegationen

Regeringen föreslog i propositionen om prioriteringar i hälso- och sjukvården att en särskild parlamentarisk delegation skulle få i uppdrag att under tre år arbeta med nationella utvecklingsfrågor kring beslutet.

Enligt delegationens direktiv<sup>12</sup> hade man i uppdrag att sprida information och kunskap om riktlinjerna för prioriteringar i vården samt de etiska värderingar som ligger till grund för dessa. En av huvuduppgifterna var att stödja och stimulera en lokal debatt och diskussion kring prioriteringsfrågorna. Dessutom hade man i uppdrag att värdera effekterna av riktlinjerna. I denna uppgift ingick att bedöma om vissa grupper drabbades på bekostnad av andra och att ägna särskild uppmärksamhet åt äldre och funktionshindrade samt andra med svaga resurser.

Under den tid delegationen verkade lade man stor tonvikt på den utåtriktade verksamheten. Antalet formella sammanträden minimerades. Förutom kontakter och möten med vårdens huvudmän, deltog man i ett stort antal konferenser, utbildningar och seminarier.

Delegationen överlämnade sin slutrapport "Prioriteringar i vården" (SOU 2001:8) till Socialdepartementet 2001-01-25. Man konstaterar i sin avslutande summering att det ytterst åvilar riksdag och regering att se till att riktlinjerna följs samt att sjukvårdshuvudmännen hade huvudansvaret för att föra prioriteringsprocessen vidare. Rapporten innehåller en tämligen utförlig beskrivning av den utåtriktade verksamheten medan tillämpningen och effekter av riktlinjerna behandlas mer översiktligt. Man drog dock slutsatsen att de etiska principerna var dåligt förankrade och att de borde integreras på ett bättre sätt i sjukvårdshuvudmännens arbete för att bli de redskap som riksdagen avsåg.

Delegationen förde dessutom en diskussion kring roller och intressekonflikter mellan prioriteringsuppdragets tre huvudintressenter: patienter/medborgare, politiker och de som arbetar i vården. Man såg en stark tendens hos olika aktörer att skjuta över ansvaret till andra grupper än den man själv representerar. Erfarenheterna visar att politikerna önskar att personalen, och då i första hand läkarna, ska ta ansvar för beslut om vilka

---

<sup>12</sup> Prioriteringsdelegationens direktiv 1997:135.



som ska behandlas och vilka som inte ska behandlas. Personalen å sin sida efterlyser synliga politiska prioriteringar. Delegationen såg flera skäl till varför aktörerna inte vill se sitt ansvar i processen eller undviker de svåra besluten. För politikerna kan det vara svårt att förena förekomsten av prioriteringar i vården med medborgarnas krav och förväntningar. För de som arbetar i vården kan det vara svårt att förena prioriteringar med yrkesetiken och den fokusering på den enskilde patienten som är själva grunden i vårdarbetet.

Avslutningsvis lyfte delegationen fram att riksdag, regering och politiska partier behöver diskutera gränserna för det offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvården.

Åtterrapporeringen av delegationens arbete till riksdagen skedde enbart genom att regeringen i budgetpropositionen 2001/02:1 skrev att delegationen genomfört sitt uppdrag. I propositionen konstateras att riksdagsbeslutet fått genomslag *"om än i varierande omfattning"*. Riksdagen fick således inte någon samlad information kring tillämpningen av riktlinjerna för prioriteringar.

### 3.2.2 Nationellt prioriteringscentrum för vård och omsorg

Nationella rådet för vårdpolitik är ett samrådsorgan för frågor inom vård och omsorg. Staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet ingår i rådet som sammanträder två gånger per år. Socialministern och bägge förbundens ordföranden ingår i rådet.

Dåvarande SPRI (Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut) lades ned år 1999. I de nya formerna för nationellt utvecklingsarbete inom landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg är avsikten att regionala kunskapscentrum aktivt ska bidra till landets behov. Landstinget i Östergötlands län gjorde en framställan till rådet om att man ville inrätta ett nationellt kunskapscentrum. Rådet beslutade i början av år 2000 att utarbeta ett beslutsunderlag om ett nationellt uppdrag inom området *"medicinskt programarbete och prioriteringar"*. I september 2000 beslutade<sup>13</sup> rådet att

*"rekommendera staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet att arbeta med sikte på att träffa ett avtal med landstinget i Östergötland om att genomföra ett nationellt utvecklingsarbete inom ämnesområdet Medicinskt programarbete och prioriteringar."*

Avtalet om Nationellt prioriteringscentrum träffades 2000-12-18 mellan Östergötlands läns landsting och Landstingsförbundet (som ingick avtalet även för Svenska Kommunförbundets och statens räkning). Formellt är

---

<sup>13</sup> Nationella rådet för vårdpolitik. Protokoll 2000-09-22.

Nationellt prioriteringscentrum en organisatorisk enhet inom Östergötlands läns landsting. Avtalet ingicks för perioden 1 januari 2001 till 31 december 2003. Nationellt prioriteringscentrum fick enligt avtalet 15 miljoner kronor till förfogande för sin verksamhet under tre år. Staten och Landstingsförbundet bidrar med sex miljoner kronor vardera medan Svenska Kommunförbundet bidrar med tre miljoner kronor. Under början av 2003 beslutade Nationella rådet för vårdpolitik att förlänga avtalet till den 31 december 2004. Verksamheten kommer att utvärderas under början av år 2004.

Nationellt prioriteringscentrum arbetar med åtta programområden. Centrumet driver och stöder ett tiotal projekt. Man har en rådgivande styrelse. En uppgift för styrelsen är att bedöma ansökningar om medel till externa projekt.

Nationellt prioriteringscentrum har medverkat med expertkompetens i framtagandet av Socialstyrelsens riktlinjer för olika sjukdomsgrupper där rangordning för olika behandlingar och åtgärder ingår. Dessutom har man gett stöd till huvudmäns arbete med utveckling av öppna prioriteringar, bl.a. de vertikala prioriteringslistorna från Östergötlands läns landsting. Man har även medverkat i Svenska Läkaresällskapets prioriteringsprojekt.

Riksrevisionen konstaterar att många aktörer deltar i det nationella utvecklingsarbetet men ingen har angetts ha ett ansvar för nationell samordning.

### 3.3 Uppföljningar, myndighetsstyrning samt överenskommelser

#### 3.3.1 Uppföljningar

I Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården uttrycks det långsiktiga målet *att frågan om prioriteringar integreras i sjukvårdshuvudmännens planeringsarbete på alla nivåer med medvetna och öppet redovisade prioriteringar som följd*. Målet har emellertid inte operationaliserats i regleringsbrev eller på annat sätt.

Det finns därmed heller inga krav på återrapportering av måluppfyllelsen eller andra planer för uppföljningar av det långsiktiga målet om öppna prioriteringar.

#### 3.3.2 Myndighetsstyrning samt överenskommelser

I Dagmaröverenskommelsen för år 1997, som utarbetades i november 1996, angavs en strategi och målsättning att verka för ökad tillgänglighet i vården. Regeringen överlämnade i december 1996 en proposition om prioriteringar i vården. Riksdagen fattade i april 1997 beslut, enligt regeringens förslag, om riktlinjer för prioriteringar i vården.

Regeringen gav i juni 1998 Socialstyrelsen i uppdrag att beskriva och analysera förutsättningarna för, och konsekvenserna av, införandet av en behandlingsgaranti. Huvudfrågan i uppdraget var att belysa och analysera hur en generell behandlingsgaranti förhåller sig till riksdagens beslut om riktlinjer för prioriteringar i svensk hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen lämnade år 1999 en rapport<sup>14</sup> till regeringen där man belyste riskerna med väntetidsgarantier. Införandet av en tre månaders behandlingsgaranti i svensk sjukvård skulle enligt Socialstyrelsens uppfattning dels medföra risker för felaktiga prioriteringar, dels vara mycket resurskrävande och sannolikt orealistisk med hänsyn till bristen på specialutbildad personal.

År 2000 gavs genom Dagmaröverenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet ett uppdrag till Socialstyrelsen att utarbeta beslutsstöd för prioriteringar i riktlinjerna för vård och behandling. Uppdraget gavs således inte genom Socialstyrelsens regleringsbrev. Detta uppdrag finns fortfarande kvar i Dagmaröverenskommelsen för år 2004. Innebörden av uppdraget är bl.a. att Socialstyrelsen ges särskild finansiering, vid sidan om det ordinarie ramanslaget, för sitt arbete med nationella riktlinjer för vård och behandling.

Socialstyrelsen har också återrapporterat<sup>15</sup> hur myndigheten använt särskilda s.k. Dagmarmedel som man erhöll år 2002 för prioriteringsprojekt.

I Socialstyrelsens regleringsbrev för budgetåret 2004 (2003-12-18) anges ett mål för verksamhetsgrenen Normering *"Socialstyrelsen ska verka för att myndighetens riktlinjer för vård och behandling i ökad utsträckning ligger till grund för sjukvårdshuvudmännens planering och lokala vårdprogram."* Regeringen begär i regleringsbrevet en redovisning av hur riktlinjerna används och hur de påverkar medicinsk praxis.

Socialstyrelsens uppdrag kring arbetet med nationella riktlinjer för vård och behandling anges således i Dagmaröverenskommelsen medan uppdraget att följa upp tillämpningen av riktlinjerna anges i Socialstyrelsens regleringsbrev.

Det finns andra överenskommelser som har anknytning till problematiken kring prioriteringar. I oktober 2001 ingick staten, genom Socialdepartementet, och Landstingsförbundet en överenskommelse om åtgärder för ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården. Landstingen tillförs, enligt överenskommelsen, 1,25 miljarder kronor årligen under perioden 2002 till 2004. Överenskommelsen anger att även mindre prioriterade grupper måste ha godtagbar tillgång till hälso- och sjukvård.

---

<sup>14</sup> Socialstyrelsen. En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser. Socialstyrelsen, rapport utanför skriftserie år 1999.

<sup>15</sup> Socialdepartementet. Regeringsuppdrag politikområde hälso- och sjukvårdspolitik i regleringsbrev för budgetåret 2003 avseende Socialstyrelsen. Dnr S2003/2084/HS.

### 3.4 Sammanfattning av iakttagelser kring regeringens styrning och uppföljning

Regeringens styrning kring prioriteringsfrågan uttrycks numera tydligast i Dagmaröverenskommelsen och i viss mån genom uppföljningskrav riktade mot Socialstyrelsen genom regleringsbrev.

I punktform kan regeringens olika åtgärder, insatser och uppdrag sammanfattas på följande sätt.

- I Dagmaröverenskommelsen för år 1997, som utarbetades i november 1996, angavs en strategi och målsättning att verka för ökad tillgänglighet i vården. Regeringen gav i juni år 1998 Socialstyrelsen i uppdrag att beskriva och analysera förutsättningarna för, och konsekvenserna av, införandet av en behandlingsgaranti. I uppdraget ingick bl.a. att belysa och analysera hur en generell behandlingsgaranti förhåller sig till riksdagens beslut om riktlinjer för prioriteringar. Socialstyrelsen avrådde från införandet av en behandlingsgaranti. Regeringens strategi om satsningar för ökad tillgänglighet har trots detta ändå levt kvar i olika former.
- Prioriteringsdelegationen inledde sitt arbete i juni 1998 och lämnade sitt slutbetänkande (SOU 2001:8) i januari 2001. Delegationen påpekade dels att riksdag, regering och politiska partier behöver diskutera gränserna för det offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvård och dels att huvudmännen har ansvaret för att föra prioriteringsprocessen vidare.
- I Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvård (prop. 1999/2000:149) uttrycks det långsiktiga målet att frågan om prioriteringar integreras i sjukvårdshuvudmännens planeringsarbete på alla nivåer med medvetet och öppet redovisade prioriteringar som följd. Handlingsplanen anger inga krav på uppföljning eller återrapportering kring detta mål och det finns därför ingen kunskap om måluppfyllelsen. Däremot är kravet på återrapportering av huvudmännens tillgänglighet mycket tydlig. Enligt överenskommelsen om åtgärder för ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården förutsätts varje landsting lämna årliga rapporter om bl.a. väntetidens utveckling direkt till Socialdepartementet.
- I enlighet med Dagmaröverenskommelsen för år 2000 gavs Socialstyrelsen i uppdrag att inarbeta beslutsstöd för prioriteringar i sina riktlinjer för vård och behandling. Socialstyrelsen har alltså inte getts detta uppdrag genom de ordinarie formerna för myndighetsstyrning, dvs. via regleringsbrevet. Uppdraget finns fortfarande kvar i Dagmaröverenskommelsen för år 2004.

- Socialdepartementet, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet beslutade gemensamt, i december år 2000, att ge ett uppdrag till Östergötlands läns landsting om nationellt utvecklingsarbete inom ämnesområdet "medicinskt programarbete och prioriteringar". Landstinget åtog sig att bilda och driva ett nationellt kunskapscentrum inom området medicinskt programarbete och prioriteringar inom vård och omsorg. Centrumet har gett expertstöd åt bl.a. Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet samt huvudmän. Många aktörer deltar i det nationella utvecklingsarbetet men ingen av dessa har angetts ha ett nationellt ansvar för samordning.
- Regeringen har först helt nyligen uttryckt ett mål och återrapporteringskrav som berör frågan om öppna prioriteringar. I Socialstyrelsens regleringsbrev för budgetåret 2004 anges ett mål för verksamhetsgrenen Normering. *"Socialstyrelsen ska verka för att myndighetens riktlinjer för vård och behandling i ökad utsträckning ligger till grund för sjukvårdshuvudmännens planering och lokala vårdprogram."* Regeringen begär redovisning av hur riktlinjerna används och hur de påverkar medicinsk praxis.

Sammantaget konstaterar Riksrevisionen att regeringen varit passiv i sin styrning och uppföljning av riksdagens riktlinjer för prioriteringar. Avsaknaden av uppföljning är särskilt anmärkningsvärd. Riktlinjerna för prioriteringar har fått en undanskymd roll i den statliga styrningen av hälso- och sjukvård medan satsningar på ökad tillgänglighet har givits en högre dignitet.



## 4 Nationella myndigheter

I detta kapitel beskrivs hur Socialstyrelsen och Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) operationaliserat och tillämpat riksdagens beslut om nationella riktlinjer för prioriteringar i vården. Riksrevisionen har i granskningen även samlat in visst underlag om Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, men valt att i rapportens beskrivande del fokusera på Socialstyrelsen och LFN.

### 4.1 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för bl.a. verksamhet som rör hälso- och sjukvård medan landsting och kommuner är ansvariga huvudmän. Enligt instruktionen ska Socialstyrelsen *"verka för god hälsa och social välfärd samt omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen"*.<sup>16</sup>

Myndighetens verksamhet omfattar sju *politikområden*, däribland politikområdet hälso- och sjukvårdspolitik.

#### 4.1.1 Socialstyrelsen och det nationella prioriteringsbeslutet

##### Ett långsiktigt arbete

I en rapport<sup>17</sup> från år 1999 beskriver Socialstyrelsen hur myndigheten planerar att stödja huvudmännens implementering av det nationella prioriteringsbeslutet. Socialstyrelsen uttryckte två syften med sina planerade insatser:

- att bidra till kunskapsbildningen på området genom att utveckla metodstöd för prioriteringar
- att utarbeta riktlinjer som vägledning för politiskt/administrativa (horisontella) och kliniska (vertikala) prioriteringar

I propositionen<sup>18</sup> som låg till grund för prioriteringsbeslutet framfördes att Socialstyrelsen borde ge vägledning för de riktlinjer som föreslogs genom att ge ut ett allmänt råd.

Socialstyrelsen inledde under 1999 ett långsiktigt arbete med att utveckla metoder för att tillämpa riksdagsbeslutet om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Arbetet har sin utgångspunkt i den målsättning som uttrycktes i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Där sägs bl.a. att Socialstyrelsens arbete ska bidra till att uppfylla det långsiktiga målet

<sup>16</sup> Förordning (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen.

<sup>17</sup> Prioriteringar i sjukvården. Beslut och tillämpning. Socialstyrelsen. rapport 1999:16

<sup>18</sup> Regeringens proposition 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

att frågan om prioriteringar integreras i sjukvårdshuvudmännens planeringsarbete på alla nivåer med medvetna och öppna prioriteringar som följd.

I enlighet med Dagmaröverenskommelsen har Socialstyrelsen fr.o.m. år 2000 i uppdrag att ta fram beslutsstöd för prioriteringar inom ramen för riktlinjerna för vård och behandling av patienter med kroniska sjukdomar. Detta uppdrag finns fortfarande kvar i Dagmaröverenskommelsen för år 2004. Detta innebär bl.a. att Socialstyrelsen erhåller särskild finansiering vid sidan om det ordinarie ramanslaget för arbetet med de nationella riktlinjerna för vård och behandling.

#### **Riktlinjer med beslutsstöd för prioriteringar**

Arbetet med de nya riktlinjerna inleddes år 2000. Dessa skiljer sig från de riktlinjer som Socialstyrelsen tidigare publicerat på så sätt att den medicinska och hälsoekonomiska bakgrundsdokumentationen visar evidensgraden, dvs. de vetenskapliga bevisen för effekten och kostnadseffektiviteten för de olika åtgärderna. Hittills (t.o.m. december 2003) har Socialstyrelsen utarbetat nationella riktlinjer för hjärtsjukvård, astma/KOL och venös tromboembolism där förslag till prioriteringar i form av rangordning mellan olika åtgärder ingår.

Prioriteringarna redovisas i en skala från 1 till 10. Siffran 1 anger sjukdomstillstånd/åtgärdscombinationer som bör ha högst prioritet och siffran 10 combinationer som bör ha lägst prioritet. Rangordningen baseras på en samlad bedömning som tar hänsyn till de etiska principerna i riksdagsbeslutet om prioriteringar. Det har, enligt Socialstyrelsen, inte varit möjligt att mer ingående konkretisera de prioriteringsgrupperingar som ingår i riksdagsbeslutet. De är alltför mångdimensionella, dvs. de beskriver olika nivåer av funktioner och sjukdomstillstånd, de avser diagnosgrupper och de anger även processer, exempelvis rehabilitering.

Ett starkt vetenskapligt stöd för en viss åtgärd behöver inte innebära att åtgärden får hög prioritet. Hänsyn tas också till sjukdomstillståndets svårighetsgrad och bedömningar av om kostnaden för åtgärden är rimlig i förhållande till patientnyttan.

Socialstyrelsen anser att det, som en konsekvens av nu gällande ansvarsfördelning mellan den statliga nivån och sjukvårdshuvudmännen, inte ingår i myndighetens uppdrag att lägga fast en viss miniminivå som alla sjukvårdshuvudmän ska uppnå. Med andra ord anger man i riktlinjerna inte några bindande indikationer för vård och behandling.

De nya riktlinjerna för olika sjukdomsgrupper är ett underlag för en vertikal prioriteringsprocess. Socialstyrelsen menar att vertikala prioriteringslistor för ett antal sjukdomsområden ska ge politikerna relevanta beslutsunderlag när man tar ställning till hur resurserna ska fördelas mellan olika patientgrupper och sjukdomsområden, dvs. den horisontella



prioriteringsprocessen. I den horisontella processen kommer, enligt Socialstyrelsen, tillstånd/åtgärder som rangordnats lägst inom olika verksamhetsområden att kunna vägas mot varandra.

Socialstyrelsen har nyligen inlett ett utvecklingsarbete för att belysa och utveckla beslutsfattarperspektivet i arbetet med nationella riktlinjer och beslutsstöd för prioriteringar. Det finns en strävan att engagera beslutsfattare i olika stadier av riktlinjearbetet, bl.a. övervägs större regionala konferenser/hearings med beslutsfattare när riktlinjearbetet kommit en bit på väg. Genom att engagera beslutsfattare i arbetet med riktlinjerna menar man att de på sikt blir underlag även för horisontella prioriteringar.

Socialstyrelsen understryker att själva processen i samband med prioriteringslistornas tillämpning på regional och lokal nivå är värdefull. Den ger möjlighet till fördjupad dialog inom såväl den egna som med andra verksamheter och dessutom tillfälle till reflektion och omprövning av rutiner.

Socialstyrelsen planerar att följa upp tillämpningen av riktlinjerna för hjärtsjukvård. Hösten 2003 gav man Nationellt prioriteringscentrum i uppdrag att genomföra en uppföljning i fyra landsting.

Arbetet med stöd till huvudmännens prioriteringar har en stark position internt inom myndigheten. Av budgetunderlaget för åren 2005 - 2007<sup>19</sup> framgår att Socialstyrelsen har fem strategiska mål för inriktningen av sin verksamhet. Det fjärde målet lyder:

*"Hälso- och sjukvården, socialtjänsten och hälsoskyddet skall styras av öppna och tydliga prioriteringsbeslut."*

De insatser och åtgärder som Socialstyrelsen utför kring frågan om prioriteringar i vården innebär således att man valt att fokusera de vertikala prioriteringarna, dvs prioriteringar inom en sjukdomsgrupp. Horisontella prioriteringar ses uttryckligen som ett politiskt ansvar och anses i huvudsak vara ett ansvar för sjukvårdshuvudmännen.

#### **Stöd för huvudmännens horisontella prioriteringar**

Det pågår aktiviteter för att på sikt förbättra huvudmännens förutsättningar att genomföra horisontella prioriteringar. För att analysera befintlig verksamhet och bedöma framtida behov behövs bl.a. förbättrade system och rutiner för informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning. I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården angavs att Socialstyrelsen fick i uppdrag att, i samverkan med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, förstärka sitt stöd till huvudmännen och svara för samordning av arbetet med att förbättra informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning. Det långsiktiga målet för arbetet är att utveckla ett system för att följa upp och analysera hälso- och sjukvården på olika nivåer,

---

<sup>19</sup> Socialstyrelsen, Budgetunderlag för åren 2005 - 2007, Dnr 00-1135/2004.

så att olika intressenter får tillgång till den information de behöver. Det finns resultat- och produktionsmål för hela uppdraget. Huvudmän och andra vårdgivare ska senast under år 2004 börja tillämpa en gemensam struktur för verksamhetsuppföljning. Denna struktur ska bygga på enhetliga begrepp, klassifikationer, behovs- och kvalitetsindikatorer samt principer för redovisning av kostnadsdata. Ett utvecklat system för verksamhetsuppföljning kan därmed användas som ett stöd för huvudmännens lokala styrning, uppföljning och utveckling av den egna verksamheten.

#### **Socialstyrelsen och Svenska Läkaresällskapet stöder öppna prioriteringar på samma sätt**

Det finns även professionella organisationer som utvecklar stöd för öppna prioriteringar i vården. Svenska Läkaresällskapet<sup>20</sup>, har under de senaste åren drivit ett projekt med syfte att utveckla en modell för öppna prioriteringar. Man har utvecklat former för rangordning av behandlingar/åtgärder inom åtta medicinska specialiteter. Framtagna rangordningslistor ska kunna användas som stöd för beslut i den dagliga sjukvården och som underlag för policydiskussioner och som grund för horisontella prioriteringar. Svenska Läkaresällskapet har dokumenterat sitt arbete i en rapport<sup>21</sup> och den föreslagna modellen i en rapport benämnd "Öppna prioriteringar av hälso- och sjukvård".

Svenska Läkaresällskapets modell och ansats i utvecklingsarbetet, med fokus på att utveckla öppna vertikala prioriteringar, är enligt Riksrevisionens tolkning i stort sett densamma som Socialstyrelsens.

#### **Riksrevisionen konstaterar**

Socialstyrelsens arbete med beslutsstöd för öppna prioriteringar är högt prioriterat inom myndigheten även fast regeringen givit riktlinjerna för prioriteringar en mer undanskymd roll i den statliga styrningen av hälso- och sjukvård.

---

<sup>20</sup> Svenska Läkaresällskapet är den svenska läkarkårens vetenskapliga organisation med syfte att främja vetenskap, utbildning och kvalitet inom hälso- och sjukvård.

<sup>21</sup> Svenska Läkaresällskapet, Öppna prioriteringar i hälso- och sjukvård. Slutrapport från Svenska Läkaresällskapets prioriteringskommitté. Stockholm 2004.

## 4.2 Läkemedelsförmånsnämnden

### 4.2.1 Uppdraget

I april 2002 beslutade riksdagen att införa en ny lag om läkemedelsförmåner<sup>22</sup>. Lagen trädde i kraft den 1 oktober 2002. Samtidigt inrättades den nya myndigheten Läkemedelsförmånsnämnden, LFN, som fick i uppdrag att besluta om ett läkemedel, eller andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna, ska vara subventionerade. Därtill övertog LFN uppdraget att sätta pris på läkemedel från Riksförsäkringsverket. En annan uppgift är att granska *samtliga befintliga läkemedel* och på eget initiativ besluta om ett läkemedel eller en vara inte längre ska ingå i läkemedelsförmånen.

Frågan om kostnadseffektivitet betonas i LFN:s uppdrag. I instruktionen (SFS 2002:719) sägs att LFN ska medverka till en rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning.

LFN utses av regeringen och består av en ordförande och tio ledamöter. Enligt LFN:s regleringsbrev är verksamheten knuten till politikområdet hälso- och sjukvårdspolitik. Uppgiften är därmed att bidra till måluppfyllelsen för politikområdet.

En allmän grund för LFN:s överväganden är HSL:s mål om en god hälsa och vård på lika villkor. Nämnden ska också beakta de grundläggande etiska principer som gäller inom hälso- och sjukvården, dvs *människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen*. (jfr s.15) Detta innebär att LFN har i uppdrag att beakta och tillämpa de etiska principer som lades fast i samband med riksdagens beslut år 1997 om nationella riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården.

LFN ska beakta ett läkemedels ändamålsenlighet, dvs. att ett läkemedel är verksamt för sitt ändamål och inte har oacceptabla biverkningar i förhållande till den avsedda effektiviteten. LFN ska därtill i sin prövning ta hänsyn till *kostnadseffektivitetsprincipen och marginalnyttan*.

Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att kostnaderna för att använda ett läkemedel ska vara rimliga från medicinska, humanitära och ekonomiska synpunkter. Innebörden i begreppet marginalnytta är vid nämndens prövning att det inte får finnas andra läkemedel eller behandlingsmetoder som bedöms som väsentligt mer ändamålsenliga.

LFN har inte konkretiserat dessa principer utan besluten bygger på öppna och tydliga resonemang kring de grundläggande kriterierna i varje enskilt ärende. Avsikten är att besluten efterhand ska bilda praxis. Med öppna resonemang och avväganden kring de grundläggande kriterierna i sina beslut menar LFN att man därmed tydliggör och tillämpar *öppna prio-*

---

<sup>22</sup>Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Se även proposition 2001/02:63. De nya läkemedelsförmånerna.

*riiteringar*. LFN har tydliggjort sitt förhållningssätt gentemot myndighetens intressenter i policyform<sup>23</sup>. Nämndens beslut bygger således på ett resonemang kring de etiska principerna som ingick i riksdagens beslut om riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Riktlinjernas prioriteringsgrupper har inte kunnat konkretiseras mer ingående i LFN:s prövningar. Orsaken sägs vara deras flerdimensionella utformning. Tillämpningen av nämndens beslut är tänkt att ske i tre nivåer, nationell nivå, regional-/landstingsnivå och lokal nivå, dvs. hos de enskilda förskrivarna.

I varje landsting finns, enligt särskild lagstiftning<sup>24</sup>, läkemedelskommittéer. LFN strävar efter att utveckla kontakter med läkemedelskommittéernas informationsorgan.

Riksrevisionen konstaterar att LFN givits ett uppdrag som till stor del har riksdagens riktlinjer för prioriteringar som utgångspunkt. LFN har, till skillnad från Socialstyrelsen, givits ett tydligt ansvar att beakta rationalitet och kostnadseffektivitet.

### 4.3 Sammanfattning av iakttagelser kring de nationella myndigheterna

- Socialstyrelsen lämnade år 1999 en rapport<sup>25</sup> till regeringen där man belyste riskerna med väntetidsgarantier. Införandet av en tre månaders behandlingsgaranti i svensk sjukvård skulle enligt Socialstyrelsens uppfattning dels medföra risker för felaktiga prioriteringar, dels vara mycket resurskrävande och sannolikt orealistisk med hänsyn till bristen på specialutbildad personal.
- Från och med år 2000 har Socialstyrelsen i enlighet med den s.k. Dagmaröverenskommelsen i uppdrag att ta fram beslutsstöd för prioriteringar inom ramen för riktlinjerna för vård och behandling. Frågan om att hälso- och sjukvården ska styras av öppna och tydliga prioriteringsbeslut är ett av fem strategiska mål för Socialstyrelsens verksamhet.
- I arbetet med riktlinjer för vård och behandling utgår såväl Socialstyrelsen som LFN från konkretiseringar av den etiska plattformen i riksdagsbeslutet, dvs. människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Det har dock inte varit möjligt för dem att mer ingående konkretisera riktlinjernas prioriteringsgrupper. Förklaringen är, enligt Socialstyrelsen och LFN, att prioriteringsgruppernas flerdimensionella utformning hindrar konkretiseringar.

<sup>23</sup> Läkemedelsförmånsnämndens öppenhetspolicy, daterad 2003-06-04.

<sup>24</sup> Lag (1996:1157) om läkemedelskommittéer.

<sup>25</sup> Socialstyrelsen. En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser. Socialstyrelsen, rapport utanför skriftserie år 1999.

- Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling är i första hand ett kunskaps- och beslutsunderlag för professionen. Helt nyligen har dock Socialstyrelsen inlett ett utvecklingsarbete kring beslutsfattares behov av stöd för horisontella prioriteringar.
- Socialstyrelsen anger inga bindande indikationer i sina riktlinjer. Enligt gällande ansvarsfördelning fattar huvudmännen beslut om indikationer för vård och behandling och sätter därmed i praktiken gränserna för det offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvården.

Sammantaget konstaterar Riksrevisionen att de nationella myndigheterna genomför de uppdrag de givits av regeringen. Socialstyrelsen har utöver detta tydligt tagit fasta på Dagmaröverenskommelsens uppdrag om att utarbeta beslutsstöd för öppna prioriteringar och givit detta arbete en hög dignitet inom myndigheten.



## 5 Riktlinjernas tillämpning

I detta kapitel har ett antal externa underlag kombinerats med egna fallstudier.

Det råder en allmän brist på kunskap och uppföljningar kring riktlinjernas tillämpning. De underlag som redovisas i det inledande avsnittet är de underlag som varit möjliga att finna.

I bilaga 2 finns en redovisning av de fallstudier som genomförts inom projektets ram. Kapitel 5 avslutas med en sammanfattande problembild.

### 5.1 Utredningar m.m.

Prioriteringsdelegationen (se även kap. 3) hade enligt sina direktiv i uppdrag att värdera effekterna av riksdagens riktlinjer. Av delegationens slutbetänkande "Prioriteringar i vården" framkommer att man genomfört enkäter till samtliga sjukvårdshuvudmän, dvs. samtliga landsting och kommuner. Man skriver att det inte är möjligt att ge en fullständig bild av det arbete som pågår hos sjukvårdshuvudmännen. Den redovisning man gör i betänkandet har karaktären av ett urval exempel. Man skriver också att riksdagsbeslutet fått bredast genomslag hos landstingen. Det har varit svårare för kommunerna att omsätta riksdagens beslut i det praktiska arbetet.

Socialstyrelsen påtalar år 1999 i rapporten "Prioriteringar i sjukvården. Beslut och tillämpning" brister i tillämpningen av riktlinjerna. De angavs i korthet vara följande:

- Brist på sammanhållna strategier och ett konsekvent arbetssätt.
- Politiker och administratörer har inte skapat nödvändiga förutsättningar för tillämpningen av prioriteringsbeslutet.
- Otillräcklig kunskapsbildning – förmågan att producera data är generellt större än förmågan att dra nytta av dem i styrningen av sjukvården, via analys, uppföljning och utvärdering.
- Den potential som finns i att engagera läkare och annan vårdpersonal i arbetet med att ta fram underlag för politiska prioriteringsbeslut och riktlinjer för kliniska prioriteringar tas inte till vara.
- Flera av de mest angelägna prioriteringsområdena rör såväl landsting som kommuner; någon gemensam prioritering mellan huvudmännen sker dock inte annat än fläckvis.

Andra styråtgärder kan påverka huvudmännens förutsättningar att tillämpa riktlinjerna om prioriteringar. Ett exempel är nationella och regionala tillgänglighetsmål i form av väntetidsgarantier. Regeringen gav år 1999

Socialstyrelsen i uppdrag att beskriva och analysera förutsättningarna för och konsekvenserna av införandet av en behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården. Den frågeställning som stod i centrum var hur en behandlingsgaranti i form av en väntetidsgaranti förhöll sig till riksdagens beslut om prioriteringar i vården. Socialstyrelsen belyste i sin rapport<sup>26</sup> risker med använda väntetidsgarantier som ett medel för att öka tillgängligheten till vård:

*”Fokuseringen på köer och väntetider innebär alltid en risk för att patienter med mindre allvarliga sjukdomar som närmar sig – eller redan har passerat – tidsgränsen i garantin prioriteras framför allvarligt sjuka patienter som väntat kortare tid.*

*Väntetidsgarantier fokuserar också på vissa delar av vårdkedjan; på väntetiden till nybesök och på väntetiden från medicinsk bedömning till undersökning och/eller påbörjad behandling. Resultatet kan bli att vårdinsatser för redan diagnostiserade patienter och patienter under långtidsbehandling trängs undan.*

*Fokuseringen på köer och väntetider inrymmer också risker för att resurserna styrs mot tillstånd och insatser som kan kvantifieras och att de delar av hälso- och sjukvården som inte tillämpar system för att sätta upp patienter på väntelistor får lägre prioritet”*

Socialstyrelsen hänvisar till norska erfarenheter av garantisystem med tidsfrister. Dessa har varit dåligt fungerande prioriteringsinstrument för kroniskt och långvarigt sjuka patienter. Avståndet mellan behov och faktisk kapacitet har, under den tid vårdgarantin tillämpats, t.o.m. ökat inom högt prioriterade områden som psykiatri, medicinsk rehabilitering, vård av svårt kroniskt sjuka och insatser för gamla och omsorgsberoende. En viktig förklaring till detta är att det rör sig om behov som inte synliggörs som brott mot garantin eftersom man inte för väntelistor inom dessa områden.

Enligt Socialstyrelsen borde en lösning på hälso- och sjukvårdens köproblemm inriktas på följande fyra områden:

- Kapacitetsförstärkning
- Bättre valmöjligheter och information
- Utveckling av uppföljningssystem avseende väntetider
- Behandlingsindikationer och prioriteringar

Erfarenheter från Norge visar att de första riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården från år 1987<sup>27</sup> fick mindre effekt än som avsetts<sup>28</sup>. En förklaring till detta var svårigheterna att från nationell nivå styra en komplex verksamhet: där fördelningsbesluten fattas lokalt. Beslut fattade av

<sup>26</sup> Socialstyrelsen. En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser. Socialstyrelsen år 1999.

<sup>27</sup> Formulerades i NOU 1987:23. Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste

<sup>28</sup> NOU 1997:18, Prioritering på ny, Oslo 1997.



Stortinget hamnade i konflikt med lokala beslut och omsattes därför inte i praktiken. De dåvarande organisatoriska förutsättningarna för den norska hälso- och sjukvården, givna av Stortinget, omnämndes således som ett hinder för att omsätta riktlinjerna för prioriteringar till konkret handling. Den nationella nivån saknade tillräckligt effektiva styrmedel för tillämpning av beslutet.

I en studie från Nationellt prioriteringscentrum<sup>29</sup> analyseras problematiken kring tillämpningen av riktlinjerna för prioritering inom den kommunala hälso- och sjukvården. Rapporten visar att kommunerna inte har anammat de principer för öppna prioriteringar som riksdagsbeslutet om prioriteringar inom hälso- och sjukvården förutsätter. En förklaring kan, enligt Nationellt prioriteringscentrum, vara att kommunerna av olika anledningar inte känt sig berörda av beslutet, en annan att kommunerna genom lagstiftningen i socialtjänstlagen och i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade har flera prioriteringsordningar att följa och att oklarheter finns om vilka behov, sociala eller hälso- och sjukvårdsbehov, som i första hand bör lyftas fram. Inte heller fungerar samverkan mellan kommuner och landsting kring prioritering av de grupper med komplexa och sammansatta vårdbehov för vilka dessa har ett gemensamt ansvar.

## 5.2 Revisionsrapporter

Riksrevisionsverket redovisar i rapporten "Vård och omsorg för äldre"<sup>30</sup> att såväl nationella som regionala tillgänglighetsmål inom primärvården kan påverka tillgängligheten för de svårast sjuka i negativ riktning. Ibland riktas tillgänglighetskrav mot primärvården som inte är förenliga med den nationella prioriteringsordningen. De lokala vårdpolitiska direktiven tolkas så att personer med relativt enkla och självläkande åkommor i hög grad ges tillfälle till vårdkontakt. Detta kan leda till att patienter med kroniska sjukdomar och sammansatta geriatriska sjukdomsbilder ges en lägre prioritet än vad som uttrycks i de nationella prioriteringarna.

Revisorerna i Västra Götalandsregionen har granskat tillämpningen av riksdagens riktlinjer för prioritering<sup>31</sup>. I rapporten beskrivs bl.a. tendenser att prioritera allt fler grupper. Detta skapar problem. *"Om merparten av patienterna anses som högprioriterade riskerar prioriteringarna att förlora sitt värde."*

I rapporten från Västergötland lyfter man också fram målkonflikter inom sjukhusen. Dessa handlar om konflikter mellan basåtagandet och nationella

<sup>29</sup> Prioriteringscentrum. Öppna prioriteringar i kommunernas vård och omsorg? Rapport 2003:5.

<sup>30</sup> RRV 2002:28.

<sup>31</sup> Ernst & Young AB, Prioriteringar i hälso- och sjukvården. Revisionsrapport framtagen på uppdrag av Västra Götalandsregionens förtroendevalda revisorer 2001-12-11.

tillgänglighetsmål i form av kökortningssatsningar. De patientgrupper som blir föremål för kökortningssatsningar bedöms ofta vara lågt prioriterade. Sjukhusvårdens höga andel akutvård har i praktiken gjort väntetid till ett prioriteringskriterium. Även inom primärvården lyfter man fram målkonflikter som handlar om balansen mellan tillgänglighet, valfrihet och prioriteringar.

Hösten 2002 samarbetade landstingsrevisorerna i Kronobergs län och i Blekinge län om en granskning av hur prioriteringsriktlinjerna tillämpats<sup>32</sup>. Man konstaterar i rapporten att prioriterade grupper lyfts fram i budgeten men att inga anges ha en lägre prioritet. Man skriver vidare:

*”Öppna horisontella prioriteringar baserade på prioriteringsgrupper görs inte idag. Indirekt sker prioriteringar genom landstingets resursfördelningsprocess mellan förvaltningar. Dessutom förskjuts de horisontella prioriteringarna i stor utsträckning till framför allt sjukhusen, genom deras omfattande interna resursfördelning”.*

Nationella och regionala tillgänglighetsmål i kombination med valfrihet är tydliga och väsentliga styrsignaler till primärvårdens vårdcentraler. Primärvårdens verksamhetsföreträdare upplever en målkonflikt då man praktiskt ska hantera begreppen tillgänglighet, valfrihet och prioriteringar. I rapporten från Kronoberg och Blekinge lyfter man även fram behovet av ett tydligare och mer avgränsat offentligt åtagande:

*”Det är nödvändigt att diskussionen om öppna prioriteringar tar fart och drivs både av de förtroendevalda och de professionella inom landstingen. För att åstadkomma detta krävs en strategi som knyter samman arbetet med vertikala och horisontella prioriteringar, samt hur intressenterna – politikerna, patienterna/befolkningen och de professionella – ska kunna medverka i denna utveckling. Om det offentliga åtagandet inte avgränsas på ett mer strukturerat sätt finns risk att riksdagens prioriteringsbeslut sätts ur spel och att de som skriker högst, eller som har de bäst organiserade lobbyisterna, får sin vilja igenom.”*

Den norska riksrevisionen har i en nyligen genomförd granskning<sup>33</sup> undersökt effektiviteten i sjukhusen och konstaterat att sjukhusens finansieringssystem ibland snedvrider prioriteringar. I rapporten skriver de norska granskarna att det är ett ägaransvar att utveckla ett finansieringssystem som understödjer de prioriteringar som angetts i lag och föreskrift.

---

<sup>32</sup> Ernst & Young AB, Prioriteringar i hälso- och sjukvården, Rapport 2002. revisionsrapport framtagen på uppdrag av förtroendevalda revisorer i Landstinget Blekinge och Landstinget Kronoberg.

<sup>33</sup> Riksrevisionen i Norge. Dokument nr 3:3 (2003-2004).

### 5.3 Iakttagelser i sammanfattning

I detta avsnitt sammanfattas och kommenteras Riksrevisionens centrala iakttagelser i kap. 5.1 och 5.2 samt i fallstudierna (bil. 2).

- Intervjuerna underströk tydligt hur starkt hälso- och sjukvården styrs av den professionella kunskaps- och metodutvecklingen i kombination med den medicinsk-tekniska utvecklingen. En annan faktor som starkt påverkat utvecklingen är att indikationerna för vård och behandling av olika sjukdomar ofta har utvidgats. Hälso- och sjukvårdens utveckling drivs i stora huvuddrag vid sidan om beslutsprocessen i det offentliga resursfördelningssystemet men skapar i efterhand starka anspråk på omfördelningar eller utökade resurser.
- Det framgår tydligt av intervjuerna att de verksamma i vården har uppfattat riksdagsbeslutet som något av en självklarhet och att det därmed tolkats som en bekräftelse på gällande praxis. Beslutets egentliga innebörd har varit svår att uppfatta. Även ledande tjänstemän och landstingspolitiker lyfter fram denna fråga. Huvudmännen har därmed inte mer ingående kunnat uttolka riksdagsbeslutet och omsätta riktlinjerna i praktiken.
- Vårdens basåtagande uppfattas som diffust och öppna prioriteringar är sällsynt förekommande. Den behovsstyrning som stadgades i ändringen av målet HSL är svår att spåra i verkligheten. Behov och efterfrågan kan till och med uppfattas som synonyma begrepp.
- Ansvaret för prioriteringar tenderar att tryckas "nedåt". Omfattande omfördelningar, dvs. horisontella prioriteringar, kan utövas av sjukhusledning. På mer övergripande nivå lyfter man ibland fram vad man vill satsa på men det är däremot sällsynt att man anger vad som ges en lägre prioritet. Detta kan med tiden leda till att en allt större del av verksamheten blir högprioriterad.
- Satsningar på ökad tillgänglighet är svåra att förena med riktlinjer för prioriteringar. Den verksamhetsansvariga ledningsnivån har svårt att kombinera olika nationella, och även regionala, styr signaler om ökad tillgänglighet med öppna prioriteringar på olika nivåer. Olika former av tillgänglighetssatsningar rör ofta personer med diagnoser som givits en lägre medicinsk prioritet. Målen för tillgänglighet är ofta mycket konkreta och anges i antal dagar. De är därmed lätt uppföljningsbara och hamnar ofta i centrum för uppmärksamheten.
- Misslyckade försök att genomföra omstruktureringar förklaras ibland med de stora skillnader som finns i perspektiv och synsätt hos vårdens intressenter. Intressekonflikter mellan patienter/medborgare, politiker och dem som arbetar i vården gör det komplicerat att ompröva prioriteringar på olika nivåer.



## 6 Riksrevisionens slutsatser och rekommendationer

I detta kapitel behandlas inledningsvis de frågeställningar som legat till grund för granskningen. Därefter följer Riksrevisionens slutsatser och rekommendationer.

### 6.1 Revisionsfrågorna

**Har regeringen och de nationella myndigheterna konkretiserat riktlinjerna så att de kunnat omsättas i praktiken?**

**Har tillämpningen av riktlinjerna följts upp?**

Granskningsfrågorna är tätt sammanlänkade och kan ses som två sidor av samma mynt. De besvaras därför tillsammans.

Målet om öppna prioriteringar i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvård har inte konkretiserats i regleringsbrev eller på annat sätt. Regeringen har inte heller följt upp eller begärt in information för att kunna bedöma måluppfyllelsen. Det går därmed inte att säga att riktlinjerna i någon allmän omfattning kunnat omsättas i praktiken.

Öppna prioriteringar förefaller, enligt Riksrevisionen, rent generellt vara sällsynt förekommande. Östergötlands läns landsting fattade dock under hösten 2003 beslut om vertikala prioriteringslistor där det framgår att vissa behandlingar och åtgärder mot olika sjukdomar utesluts ur det offentligt finansierade vårdutbudet. Beslutet väckte stor uppmärksamhet och diskussion. Detta är i sig, enligt Riksrevisionens mening, ett tecken på att öppna och tydliga beslut om begränsningar av det offentliga vårdutbudet i praktiken är något helt nytt i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet.

Riktlinjerna för prioriteringar kom under år 1997 och regeringen har aldrig tydliggjort gentemot huvudmännen hur dessa förhåller sig till satsningarna på ökad tillgänglighet. Målen för tillgänglighet är mycket konkreta och uppföljningskraven är tydliga medan det inte förkommer någon övergripande uppföljning av riktlinjer för prioriteringar. Detta leder, enligt Riksrevisionens bedömning, till att riktlinjerna för prioriteringar fått en undanskymd roll i den statliga styrningen av hälso- och sjukvård.

## 6.2 Riksrevisionens slutsatser

Riktlinjerna för prioriteringar gavs medvetet en vag utformning för att inte hindra regionala och lokala anpassningar. Utformningen av beslutet har dock skapat oklarhet om uttolkningen av riktlinjerna och de har därför inte haft tillräcklig styrkraft för att påverka verksamheten i praktiken.

Innebörden i beslutet har inte varit tydlig för dem som arbetar inom vården. Även ledande tjänstemän och hälso- och sjukvårdspolitiker menar att beslutets innebörd är svår att uttolka. Socialstyrelsen och LFN har inte heller mer ingående kunnat uttolka beslutet genom att konkretisera de prioriteringsgrupper som ingick i riksdagens riktlinjer.

Granskningen visar att det på olika nivåer varit svårt att uttolka riksdagsbeslutet och omsätta detta till konkret handling. Riktlinjerna borde ha utformats på ett tydligare sätt och regeringen har inte tillräckligt aktivt styrt och följt upp implementeringen. Riksdagens riktlinjer för prioriteringar har fått en undanskymd roll medan regeringen har givit satsningar på ökad tillgänglighet en hög dignitet.

Det delade ansvaret för hälso- och sjukvårdens styrning gör det komplicerat att omsätta riksdagsbeslutet i praktiken, t.ex. genom att utveckla finansieringssystem som understödjer riktlinjerna. Med rådande ansvarsfördelning mellan stat och huvudman är det varje enskild huvudman som avgör indikationerna. I praktiken är det huvudmännens tillämpning av indikationer som sätter en gräns för det offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvården. Knappa resurser kan leda till att huvudmännen skärper sina indikationer för vård och behandling och om detta inte görs på ett samlat och välgrundat sätt riskerar målet om god vård på lika villkor att åsidosättas. Riksrevisionen anser därför att det behövs en stark samordning av arbetet med att utveckla indikationer för vård och behandling. Det behövs även ett tydligt nationellt ansvar för hur de tillämpas vilket förutsätter en effektiv uppföljning.

Det är uppenbart att den demografiska utvecklingen med en allt högre andel äldre i befolkningen i kombination med en snabb medicinsk-teknisk utveckling skärper kraven på effektiv styrning och fördelning av offentliga resurser inom hälso- och sjukvården.

Enligt Riksrevisionens mening är det väsentligt att ansvarsfördelningen görs mer begriplig för medborgarna. Ansvarskommittén genomför f.n. en analys av de samhällsförändringar som inverkar på och skulle kunna föranleda förändringar av strukturen och uppgiftsfördelningen i relationen mellan staten, kommunerna och landstingen. Kommittén har publicerat ett första delbetänkande där man framför att den framtida ansvars- och uppgiftsfördelningen för hälso- och sjukvården bör vara en prioriterad fråga i de fortsatta diskussionerna om samhällsorganisationen. Rent allmänt bedömer Riksrevisionen att den styrningsproblematik som redovisas i denna rapport bör vara av intresse för Ansvarskommitténs fortsatta arbete. Flernivåstyrningen är en

av de faktorer som gör det komplicerat att omsätta riksdagens riktlinjer för prioriteringar i praktik.

Beslut om resursfördelning och olika former av prioriteringar fattas på flera nivåer och de hamnar ofta i konflikt med varandra. Riksrevisionens slutsats är att flernivåstyrningen får till följd att det blir komplicerat och omständligt att åstadkomma nödvändiga omprövningar för att möta framtida krav.

### 6.3 Riksrevisionens rekommendationer

Granskningen har behandlat förutsättningar för att omsätta riktlinjerna i praktik. Regeringens styrning och uppföljning har fokuserats. Riksrevisionens rekommendationer riktas därför till regeringen.

#### Riktlinjernas utformning

Det är, enligt Riksrevisionens mening, angeläget att riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården blir ett verktyg för dialog mellan vårdens olika intressenter, dvs. medborgare, politiker på olika nivåer och dem som arbetar i vården. Riktlinjerna måste därför ges styrkraft för att påverka praktiken vilket innebär att de bör ha en utformning som medger konkretiseringar.

Granskningen har visat att det i praktiken är huvudmännen som, genom sina indikationer för vård och behandling, sätter gräns för det offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvården. Enligt Riksrevisionens mening bör denna fråga diskuteras grundligare på den nationella nivån och komma till uttryck i riksdagens riktlinjer för prioriteringar. Utformningen av riktlinjerna är också viktig som grund för uppföljningar och utvärderingar kring tillämpningen.

- Riksrevisionen anser att regeringen bör vidta åtgärder för att utveckla riktlinjerna.

#### Regeringens myndighetsstyrning

Regeringens övergripande uppdrag till Socialstyrelsen ska framgå av instruktionen. Ett sätt att ge långsiktighet åt Socialstyrelsens arbete för att stödja huvudmännens utveckling av öppna prioriteringar på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet är att ange detta i instruktionen.

- Riksrevisionen anser att regeringen bör revidera Socialstyrelsens myndighetsinstruktion så att den även anger uppgifter och ansvar kring behovsstyrd hälso- och sjukvård och kostnadseffektivitet.

Genom Dagmaröverenskommelsen har Socialstyrelsen, för fjärde året i rad, i uppdrag att utarbeta beslutsstöd för prioriteringar inom ramen för sitt arbete med riktlinjer för vård och behandling. Om myndighetsuppdrag ges genom

särskilda överenskommelser riskerar uppdragets samband med övriga nationella åtgärder och uppföljningar att bli otydligt.

- Riksrevisionen anser att regeringen bör undvika myndighetsstyrning genom Dagmaröverenskommelsen och i stället ge myndighetsuppdrag genom regleringsbrev eller genom andra regeringsbeslut.

#### **Prioriteringar och tillgänglighet**

Hälso- och sjukvårdens mål innebär bl.a. att insatser för en behovsstyrd vård måste samordnas med insatser för god vård på lika villkor för hela befolkningen. Olika insatser och åtgärder får inte heller motverka varandra. Det är viktigt att målkonflikter undviks och att huvudmännens uttolkning av de nationella initiativen underlättas.

- Riksrevisionen anser att regeringen bör tydliggöra för berörda aktörer hur satsningarna på ökad tillgänglighet förhåller sig till riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.



## Bilaga 1 Referenser

- Ekonomirådets rapport år 2000, *Politisk makt med oklart ansvar*, SNS, 2000.
- Ernst & Young AB, *Prioriteringar i hälso- och sjukvården*, Rapport 2002, revisionsrapport framtagen på uppdrag av förtroendevalda revisorer i Landstinget Blekinge och Landstinget Kronoberg.
- Ernst & Young AB, *Prioriteringar i hälso- och sjukvården*, revisionsrapport framtagen på uppdrag av Västra Götalandsregionens förtroendevalda revisorer 2001-12-11.
- Kommittédirektiv 1992:8.
- Landstingsförbundet, *Den medicinska utvecklingens konsekvenser för sjukvårdens resursbehov, Vårdens resursbehov och utmaningar på längre sikt*, 2002.
- Landstingsförbundet, *Landstingens ekonomi – november 2003*, november 2003.
- Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur hälso- och sjukvården använder sina resurser*, Rapport 2004.
- Landstingsförbundet, *Rekommendation om valmöjligheter i vården*, dnr Lf 924/00, 2000-12-08.
- Läkemedelsförmånsnämnden, *Läkemedelsförmånsnämndens öppenhetspolicy*, daterad 2003-06-04.
- Nationella rådet för vårdpolitik, Protokoll 2000-09-22
- NOU 1987:23. *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjenste*. Oslo 1987.
- NOU 1997:18, *Prioritering på ny*, Oslo 1997.
- Prioriteringscentrum, *Öppna prioriteringar i kommunernas vård och omsorg?* Rapport 2003:5.
- Prioriteringsdelegationens direktiv 1997:35.
- Proposition 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.
- Proposition 1999/00:149 *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*.
- Proposition 2001/02, *Budgetproposition 2002*, Bilaga 13 Utgiftsområde 9 *Hälso- och sjukvård och social omsorg*.
- Proposition 2001/02:63, *De nya läkemedelsförmånerna*.

Regleringsbrev för Socialstyrelsen, LFN och SBU.

Riksdagens Revisorer, *Prioriteringar i hälso- och sjukvården*, Förstudie 2002/03:14.

Riksrevisionsverket, *Att påverka utan att styra*, RRV 2002:4.

Riksrevisionsverket, *Att styra genom att komma överens*, RRV 2003:18.

Riksrevisionsverket, *Hur fungerar utvärderingsfunktionen inom hälso- och sjukvården*, RRV 2002:27.

Riksrevisionsverket, *Stimulera eller finansiera*, RRV 2002:16.

Riksrevisionsverket, *Vård och omsorg för äldre*, RRV 2002:28.

Riksrevisjonen i Norge, *Effektivitet i sykehus*, Dokument nr 3:3 (2003/2004)

Socialstyrelsen, Budgetunderlag för åren 2005-2007, Dnr 00-1135/2004

Socialstyrelsen, *En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser*, rapport utanför skriftserie år 1999.

Socialstyrelsen, *Prioriteringar i sjukvården, Beslut och tillämpning*, SoS-rapport 1999:16.

Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård*, Remissversion, maj 2003.

Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens riktlinjer för förebyggande diagnostik och behandling av venös tromboembolism*, juni 2003.

Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens riktlinjer för förebyggande, diagnostik, behandling och rehabilitering av astma och KOL*, juli 2003.

SOU 1993:93, *Vårdens svåra val*, Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

SOU 1995:95, *Vårdens svåra val*, Slutbetänkande av prioriteringsutredningen.

SOU 2001:8, *Prioriteringar i vården*, Slutbetänkande från prioriteringsdelegationen.

SOU 2003:123, *Utvecklingskraft för hållbar välfärd*, Delbetänkande från Ansvarskommittén, 2003.

Staten och Landstingsförbundet, *Dagmaröverenskommelsen för år 1997*, 1996-11-12.

Staten och Landstingsförbundet, *Överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m.*

Staten och Landstingsförbundet, *Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården (Dagmaröverenskommelser för åren 2000 till 2004).*

Svenska Läkaresällskapet, *Öppna prioriteringar i hälso- och sjukvård*,  
Slutrapport från Svenska Läkaresällskapets prioriteringskommitté,  
februari 2004.

Årsredovisningar för Socialstyrelsen, LFN och SBU.

Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för  
ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården, dnr S2001/8963/HS.



## Bilaga 2 Fallstudier

### Genomförandet

Under våren och hösten 2003 genomfördes sammanlagt 22 intervjuer (8 administratörer, 5 politiker, 9 läkare) inom Stockholms respektive Blekinge läns landsting. I Blekinge valdes ledande tjänstemän, politiker och verksamhetschefer, medan det i Stockholm gjordes en del slumpvisa urval, främst bland politiker och läkare. Till följd av sjukdom avstod en politiker från att intervjuas och en läkare kunde inte göra sig tillgänglig under den aktuella intervjuperioden. Samtliga intervjuer varade ca en till två timmar, och medan de första intervjuerna (Blekinge) hade en mer öppen och sökande inriktning, kom så småningom samtalen att bli successivt mer avgränsade och starkare anknytna till det egentliga revisionsområdet. Denna metod syftade till att inledningsvis ge en mer allmän förståelse av prioriteringsproblematiken för att därefter mer konsekvent fokusera statens roll i prioriteringsarbetet. I några fall intervjuades två personer samtidigt, men i de flesta fallen genomfördes intervjuerna enskilt (dock ibland med två intervjuare).

I den följande sammanställningen görs ingen uppdelning mellan politiker, administratörer eller läkare, eftersom svaren inte skiljer sig med avseende på grupp tillhörighet.

I redovisningen av intervjuresultaten noteras några av de svar som relaterar direkt till primärvård, kardiologi/thoraxkirurgi och gynekologi. Inom övriga verksamhetsområden gjordes inga direkta kopplingar till den egna specialiteten.

### Prioriteringar i Blekinge

I den mån som övergripande, politiska prioriteringar görs i Blekinge sades dessa i hög grad vara ad hoc-betonade, men framför allt bygga på föregående års budget. De horisontella prioriteringarna sker i form av budgetfördelning mellan de olika förvaltningarna; sjukhus, primärvård och psykiatri. Dessa prioriteringar sker inte särskilt öppet utan baseras för det mesta på en historisk fördelning. Man utgår heller inte från något uttalat befolkningsperspektiv. En av de intervjuade konstaterade att: *"Landstinget Blekinge torde inte i detta avseende skilja sig från de flesta övriga landsting."*

Sjukhusledningen angavs prioritera internt mellan olika kliniker/verksamheter inom sjukhuset. De horisontella prioriteringarna skedde i praktiken utan politiska direktiv. De vertikala prioriteringarna betraktades som en helt professionell, dvs. medicinsk, fråga.

Samsynen i Blekinge föreföll god: klinikerna gör vertikala prioriteringar och politikerna styr via budgetmedel. Samtidigt menade flera respondenter att det ändå är strukturbeslut och samordningsvinster som ger besparingar – vertikala prioriteringar ger endast effekter på marginalen. Ändå lyftes prioriteringsarbetet fram: "Vi tog tag i de nationella riktlinjerna då de kom och gjorde en egen modell - Blekingemodellen." Prioriteringscentrum i Linköping hjälpte till att utveckla modellen. Sedan har klinikerna brutit ner grupperna och genomlyst vården utifrån modellen." I revisionsrapporten "Prioriteringar i hälso- och sjukvården" riktas samtidigt viss kritik mot de vaga styrsignalerna:

*"1995 fastställde Landstinget Blekinge dokumentet "Vårdens svåra val – riktlinjer för prioriteringar i vården – Blekingemodellen". Detta ska utgöra en plattform för hur prioriteringar ska hanteras inom landstinget. Mot bakgrund av ny lagstiftning och andra insatser på nationell nivå reviderades dokumentet 2001. Dokumentet knyter an till de nationella riktlinjerna för prioriteringar och lyfter fram vikten av ett strukturerat arbete med horisontella och vertikala prioriteringar på den politiska, administrativa och kliniska nivån inom Landstinget Blekinge. Däremot anger dokumentet inte någon strategi eller handlingsplan för hur detta konkret ska gå till."*

En av de intervjuade ansåg att många politiker föredrar att ägna sig åt frågor som berör personal, drift, medicin etc: "De ska hålla sig helt utanför verksamheten och bara beställa vissa mål, gärna konkret, men inte tre medicinska fotvårdsspecialister", utan hellre "insatser så att ett visst antal diabetiker slipper amputation." "De blir, enligt den intervjuade, på detta sätt också mer tydliga befolkningsföreträdare och budgetfördelare. I framtiden ska man arbeta med en modell med tydliga uppdragsbeskrivningar som ställer större krav på politikerna och som borgar för en starkare kontinuitet.

#### **Prioriteringar i Stockholm**

Flera intervjuade ansåg att vårdutbudet i Stockholms läns landsting är alltför stort, inte minst på den privata sidan, och att det skett en okontrollerad tillväxt inom hälso- och sjukvården: "Man borde börjat prioritera för länge sedan."

I Stockholm skedde intervjuerna i ljuset av de stora neddragningar som samtidigt planerades i landstinget. Många hänvisningar gjordes till mediestormen, den politiska processen och frånvaron av en genomtänkt kommunikationsstrategi: "Man har missat befolkningsdialogen i Stockholm."

Man betonade vikten av att förbättra samarbetet och skapa samsyn mellan politiker och tjänstemän, men också med vårdpersonalen. Rollerna ansågs otydliga och det politiska uppdraget till verksamheten betonades. "Det är också därför övergången från vertikala riktlinjer till horisontella prioriteringar är så avgörande. Ett grundproblem är att politikerna aldrig

kommer att ha tillräckliga underlag för att fullt ut kunna motivera ett beslut – de behöver stöd från verksamheten men bör också vara klara över att detta är subjektiva värderingsfrågor.” En annan menade att läkarna måste komma med förslagen och faktiskt bindas upp i processen – det handlar om ett lagarbete.

En av de intervjuade läkarna hävdade: *”Prioriteringar är nödvändiga men det krävs stöd från politikerna. Man borde göra som i Östergötland. Det gränslösa utbudet skapar stora problem och det råder inte längre någon balans mellan tillgång och efterfrågan. Den medicinska kunskapen har växt ifrån ekonomin.”*

### **Generella kommentarer om prioriteringsproblematiken**

I både Blekinge och i Stockholm betonade flera av de intervjuade att i det stora hela styrs hälso- och sjukvårdens utveckling av den medicinsk-tekniska utvecklingen och att politikerna saknar medel och kraft för att hantera detta. Man menade vidare att krafterna inom den medicinska forskningen och den medicinsk-tekniska industrin är så starka att de inte går att tämja. *”Någon måste därför sortera bland behoven – men vem ska göra det?”*

Det framfördes både synpunkter på att politikerna borde ta ett större ansvar på gruppnivå och att det huvudsakliga prioriteringsarbetet måste ske i det kliniska arbetet. En läkare menade att prioriteringar sker på individnivån och att sjukvården därmed till största delen styrs underifrån: *”Så måste det kanske också vara, men politikerna gör det ändå enkelt för sig när de hänskjuter frågan till verksamheten – där råder trots allt godtycke i många fall”.*

En av de intervjuade menade att man inte kan undvika gruppprioriteringar bara för att det finns individuella undantag, medan en annan ansåg att man aldrig kan utesluta hela diagnosgrupper, men däremot fastställa enhetliga indikationskriterier. Body-Mass Index nämndes som en mycket användbar och öppen skala, liksom indikationer för kataraktoperationer. En stor andel av de svarande ansåg att gemensamma indikationer är ett måste: *”Idag har man inte ens gemensamma indikationer på en och samma klinik, utan varje enskild läkare avgör själv vad som skall gälla. Fortur kan ges hur som helst och vissa läkare står till tjänst med allt”.*

De intervjuade läkarna var mer positivt inställda till övergripande, politiska prioriteringar än övriga grupper. Man framhöll att när resursgapet ökar finns det risk för att de subjektiva bedömningarna som görs i vården blir mer frekventa och att vi får en större variation vad gäller vårdutbud, tillgänglighet och vårdkvalitet hos olika vårdgivare. Någon tyckte att äldre i enskilt boende skulle behöva fler medicinska insatser medan en annan ansåg att det var rätt att prioritera de yrkesaktiva, inte bara av samhällsekonomiska skäl, utan också för att dessa kan uppleva sitt tillstånd värre. Dessa frågor är av normativ natur och avsedda att diskuteras på den politiska arenan.

Strukturförändringar påverkar behovet av prioriteringar på lägre nivåer, dvs. på verksamhetsnivån. Primärvårdens roll är problematisk eftersom alla

vårdsökande egentligen tillhör prioriteringsgrupp ett fram till dess att deras vårdbehov blivit bedömt. Det restes också frågor kring primärvårdens förutsättningar att kunna avlasta sjukhusvården: *"Hur mycket man än bygger ut primärvården kommer den aldrig att kunna avlasta länssjukvården"*. Det sker omfattande strukturförändringar inom läns- och regionsjukvård.

Primärvårdens möjligheter att prioritera påverkas starkt av detta. Man lär sig hantera allt mer komplicerade vårdingrepp på en lägre vårdnivå. Detta leder till att alltmer av den vård som förr gavs vid regionsjukhusen numera ges vid länssjukhusen. Detta leder i sin tur till att mycket av den vård som förr gavs vid länssjukhusen flyttas ut i öppna vårdformer, dvs. till primärvården. Därmed får primärvården ta hand om allt svårare fall, och detta leder i sin tur till att man måste sälla bland de lättare fallen.

Hjärtkirurgins stora framgångar kan, enligt en av de intervjuade läkarna, delvis förklaras av att man generellt sett inte respekterat de ekonomiska ramarna. Man har genomfört fler behandlingar och ingrepp än vad ramarna medgett och har därmed fått tillfälle till medicinska genombrott som sedermera blivit praxis. Ökad livskvalitet har givits till relativt höga kostnader, men ur ett överlevnadsperspektiv är många insatser tveksamma. Vi lever allt hälsosammare och patientströmmarna till thoraxkirurgin minskar. Därför vidgar man indikationerna, och den glidning som skett innebär att man i dag kan förbättra livskvaliteten hos patienter högt upp i åldrarna, och det kan diskuteras var gränsen för förbättrad livskvalitet/ålder/kostnad ska dras.

Företrädarna för kvinnosjukvården menade att det var ett växande bekymmer att villkoren för att erhålla s.k. IVF-behandlingar (in vitrofertilisering) varierar så stort i landet.

Majoriteten av de intervjuade konstaterade att riksdagens prioriteringsriktlinjer är väldigt allmänt hållna, och de mest kritiska talade om floskler och högtravande meningslösheter. Andra nöjde sig med att konstatera att riktlinjerna inte gav särskilt stort stöd i det praktiska prioriteringsarbetet.

Ett vanligt svar var att riktlinjerna stadfäst vad som är svensk sjukvårdskultur, eller att man formaliserat en självklarhet och därför heller inte tillfört något nytt. Andra ansåg att det rör sig om förhållanden som är svåra att påverka: *"Det blir ändå som det blir när man gör det som man måste göra"*. En respondent svarade att det ändå är klinikchefen som bestämmer. Det framfördes en rad, mer eller mindre kritiska, synpunkter som pekade på svårigheten att omsätta riktlinjerna i praktiken. Det finns ingen koppling mellan riktlinjer och åtgärder. De stora problem som vårdpersonalen ofta hamnar inför, uppstår just när man måste ställa angelägenhetsgrad mot åtgärdens effekt/kostnad/nytta. En svarande pekade på att riktlinjerna inte tillämpats för stora kronikergrupper, för palliativ vård, psykiatri, habilitering och prevention.



I Stockholm används riksdagens prioriteringsriktlinjer i avtalsskrivningarna, och man följer också hur många procent inom var och en av de fyra prioriteringsgrupperna som drabbats av oacceptabla väntetider.

Flera ansåg att kostnadseffektivitetsprincipen kommit att spela en allt viktigare roll i verksamheten och att den borde lyftas upp.

#### **Prioriteringar och övriga nationella styråtgärder**

Prioriteringsbeslutet och andra nationella styråtgärder kan ibland vara motstridiga och vålla intressekonflikter. Samtliga intervjuade nämnde en eller flera av ovanstående faktorer som en komplikation för genomförandet av en behovsbaserad sjukvård. Detta gäller inslag som nationell taxa för enskilda vårdgivare, nationella krav på ökad tillgänglighet, rekommendationer om valmöjligheter och fritt vårdsökande samt oförändrade gränser för högkostnadsskyddet inom hälso- och sjukvård.

#### **Det fria vårdsökandet**

Uttrycket "fritt vårdsökande" har sin grund i uttolkningen av Landstingsförbundets rekommendation<sup>34</sup> om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården. Det fria vårdsökandet var något som främst lyftes fram av de intervjuade i Blekinge. I Stockholmsintervjuerna var det främst företrädare för primärvården som lyfte upp frågor angående det fria vårdsökandet. I Blekinge menade flera intervjupersoner att man försökte hantera budgetunderskottet genom hårdare prioriteringar och därmed ge vissa patienter en lägre prioritet, dvs. förlänga vårdköerna. Med stöd av rekommendationen om fritt vårdsökande kan dessa patienter emellertid söka sig till sjukhus i andra landsting för att få sina operationer utförda. Dessa möjligheter för patienterna att söka vård utanför landstinget utnyttjas allt oftare. Från Blekinges sida har man därför tagit initiativ till gemensamma prioriteringsgrunder i det regionala samverkansorganet, Södra samverkansnämnden. Ännu föreligger inga konkreta överenskommelser. Man ansåg att det vore en fördel om man kunde fastställa en indikation på hemmaplan och därmed alltså ange för vilka patienter man accepterar betalningsansvar vid vårdsökande över landstingsgränsen.

#### **Satsningar på förbättrad tillgänglighet**

Från framför allt primärvårdens sida, menade man att det finns en stor konflikt mellan de nationella och regionala tillgänglighetsmålen och ambitionen att erbjuda vård enligt behovsprincipen.

Tre av de intervjuade hävdade att behandlingsgarantier och tillgänglighets-satsningar inte drabbar de svårast sjuka utan i första hand dem med

---

<sup>34</sup> Landstingsförbundet. Dnr Lf 924/00.

näst högst angelägenhetsgrad. Andra hävdade att de som drabbades värst av dessa vårdgarantier faktiskt var de mest behövande. Tre intervjuade ställde sig positiva till andemeningen i vårdgarantin, men ansåg det omöjligt att kunna leva upp till den. En sjukhusläkare menade att man inte själv kan bestämma över vad som ska prioriteras, utan detta gör egentligen de inremitterande vårdgivarna.

#### **Högekostnadsskyddet för hälso- och sjukvård**

Samtliga intervjuade i Blekinge, och tio av tolv i Stockholm, menade att gränsen för högekostnadsskyddet inom hälso- och sjukvård borde höjas eller *"åtminstone följa inflationen"* och en stor majoritet menade att detta även borde gälla högekostnadsskyddet för läkemedel. Flera betonade att vårdkonsumtionen ökar rejält efter det att kostnadstaken passerats. I Stockholm angavs hälften av alla besök inom öppenvården vara helt kostnadsfria, och denna andel ökar. Dessutom framfördes att frysningar av kostnadstaken leder till att landstingen frånhänds möjligheterna att balansera budgeten genom höjda patientavgifter: *"Vårdavgifterna har helt spelat ut sin roll som styrmedel och sjukvården borde aldrig vara helt kostnadsfri"*.

Några av de intervjuade förespråkade graderade avgifter eller subventionsnivåer, beroende på vårdbehovets angelägenhetsgrad. Om en större andel av avgifterna kunde ligga utanför subventionssystemet, skulle detta märkbart förbättra styrningseffekterna.

#### **Nationella taxan för enskilda vårdgivare**

I Stockholm fanns även en utbredd kritik mot systemet att ersätta privata vårdgivare via nationella taxan. Ersättningsnivåerna ansågs vara för generösa, etableringarna geografiskt koncentrerade och effektiviteten ibland tveksam.

## Tidigare utgivna rapporter

- 2003:1 Hur effektiv är djurskyddstillsynen?
- 2004:1 Länsplanerna för regional infrastruktur – *vad har styrt prioriteringarna?*
- 2004:2 Förändringar inom kommittéväsendet
- 2004:3 Arbetslöshetsförsäkringens hantering på arbetsförmedlingen
- 2004:4 Den statliga garantimodellen
- 2004:5 Återfall i brott eller anpassning i samhället  
– *uppföljning av kriminalvårdens klienter*
- 2004:6 Materiel för miljarder – *en granskning av försvarets materieförsörjning*
- 2004:7 Personlig assistans till funktionshindrade
- 2004:8 Uppdrag statistik *Insyn i SCB: s avgiftsbelagda verksamhet*