

Prioriteringar i hälso- och sjukvården



Prioriteringar i hälso- och sjukvården

Region Skånes etiska råd
Region Skåne
JA Hedlunds väg
291 89 Kristianstad

ISBN 978-91-7261-260-0

© Region Skånes etiska råd och författarna
Grafisk form Johan Laserna
Tryckt av Media-Tryck, Lunds universitet,
Lund 2013

Innehåll

Förord · 5

Ingalill Rahm Hallberg

Prioriteringar: plattformen och problemen · 9

Göran Hermerén

Vem vill vara rationell? · 25

Carl Hampus Lyttkens

Prioriteringar – en allt större del
av dagens och framtidens sjukvård? · 41

Åsa Hallgårde

Hur kan medborgare och patienter involveras
i utformningen av hälso- och sjukvården? · 47

Ulrika Winblad

”Är du nyttig lille vän?” – om produktionspåverkan,
konsumtionspåverkan och den svenska etiska
plattformen för prioriteringar · 63

Lars Sandman och Emelie Heintz

Medverkande · 95

”Är du nyttig lille vän?”
– om produktionspåverkan, konsumtionspåverkan och den svenska etiska plattformen för prioriteringar

*Lars Sandman
& Emelie Heintz*

INLEDNING

I Sverige har vi en etisk plattform som skall styra de prioriteringar som görs inom hälso- och sjukvården. Denna plattform innehåller tre principer: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen (se nedan). När man beräknar kostnadseffektiviteten för en viss insats inom hälso- och sjukvården så tar man dels med direkta kostnader (dvs. sådana kostnader som är direkt förknippade med sjukvården), dels väger man in indirekta kostnader (exempelvis kostnader för produktionspåverkan och framtida konsumtion) – dvs. kostnader som faller på en annan sektor i samhället än hälso- och sjukvården. Under senare år har detta väckt en del diskussion framförallt eftersom man menar att det är diskriminerande gentemot äldre eller grupper som inte kan återgå i arbete. Detta då åtgärder som riktas till dessa grupper inte kan ge samma produktionsintäkter i form av återgång till arbete som åtgärder

som riktar sig till yngre arbetsföra individer. Som konsekvens blir deras framtida konsumtion endast en kostnad för samhället utan någon motsvarande vinst i form av ökad produktion. I denna uppsats analyserar vi huruvida det är etiskt försvarbart att väga in produktionspåverkan och framtida konsumtion när vi prioriterar hälso- och sjukvårdsinsatser¹ utifrån den svenska etiska plattformen.

DEN ETISKA PLATTFORMEN

Den etiska plattformen för prioriteringar utvecklades av Prioriteringsutredningen (Socialdepartementet 1995) och blev en del av hälso- och sjukvårdslagstiftningen när den fastställdes i riksdagsbeslut 1997 (Prop.1996/97:60). Plattformen består av tre principer, samt vissa ställningstaganden när det gäller alternativa principer som är viktiga att ta hänsyn till i detta sammanhang. De tre fastslagna principerna är människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Dessa behandlas som lexikala i förhållande till varandra, dvs. människovärdesprincipen är överordnad behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen.

1. I relation till kostnadseffektivitetsberäkning uppkommer även andra etiska problem, som att de kan vara ålderdiskriminerande i sig på grund av sättet på vilket man beräknar effekter av åtgärder eller att storleken på den grupp som behandlas kan påverka kostnadseffektiviteten och innebära att en liten grupp där en åtgärd har goda effekter kan slås ut av en stor grupp även om åtgärden där har liten effekt.

Människovärdesprincipen

Människovärdesprincipen formuleras på följande sätt:

Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället (Socialdepartementet 1996/97).

Principen i sig säger dock inget mer om vad som avses med personliga egenskaper och funktioner i samhällen, men i prioriteringspropositionen görs följande tolkning:

Att respektera någons människovärde innebär att man alltid och under alla förhållanden betraktar och behandlar människan som den hon är i sig och inte i egenskap av det hon har eller gör. Människovärdet innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter (rätt till liv, frihet, personlig säkerhet och ett värdigt liv) som skall respekteras och att i dessa avseenden är ingen förmer än någon annan (Socialdepartementet 1996/97).

Vidare sägs det att:

Det är viktigt att slå fast att begåvning, social ställning, inkomst, ålder etc. inte får avgöra vem som skall få vård eller kvaliteten på vården (Socialdepartementet 1996/97).

I en vidare tolkning av människovärdesprincipen sägs att:

Det är en form av diskriminering och oförenligt med de etiska principerna att generellt låta behoven stå tillbaka på grund av ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden. Däremot är det förenligt med de etiska principerna att i det enskilda fallet ta hänsyn till

omständigheter som begränsar nyttan av medicinska åtgärder (Socialdepartementet 1996/97).

I regeringens proposition görs bedömningen att det är oförenligt med människovärdesprincipen att prioritera på basis av social status, ekonomisk ställning, kronologisk ålder eller om behoven uppkommit genom en negativ livsstil eller kan anses vara självförvållade (Socialdepartementet 1996/97). I linje med detta kan man även dra slutsatsen att vi inte bör göra skillnad utifrån kön, även om det inte anges explicit i propositionen.

Prioriteringsutredningen gör en distinktion mellan kronologisk och biologisk ålder där kronologisk ålder är den ålder som är kopplad till födelsedatum, medan biologisk ålder avgörs av organens och kroppen funktion. Människovärdesprincipen tillåter inte att man tar hänsyn till kronologisk ålder hos patienten eller att man tillämpar generella kronologiska åldersgränser vid prioriteringar, om inte den kronologiska åldern generellt är förknippad med omständigheter som begränsar eller påverkar effekten av en behandling.

En patients biologiska ålder i form av nedsatta fysiologiska resurser – som påverkar möjligheten att tillgodogöra sig åtgärder eller som leder till att riskerna överväger nyttan eller leder till risk för allvarliga komplikationer – kan dock vägas in.

Likaså avisar Prioriteringsutredningen att till exempel låg födelsevikt och självförvållade skador och sjukdomar eller en skadlig livsstil skulle kunna ligga till grund för prioritering. Det senare avisas med motiveringen att vi kan ha saknat kunskap om orsakssambanden mellan vår livsstil och sjukdomen samt att våra sociala förhållanden påverkar vårt beteende (Socialdepartementet 1995). Där-

emot kan livsstilen vägas in i det enskilda fallet när det bedöms om patienten kommer att ha nytta av åtgärden ifråga, givet patientens fortsatta livsstil.

Propositionen avvisar att patientens ekonomiska ställning skall få spela roll för huruvida patienten kommer i åtnjutande av vård och omsorg eller inte. Man menar att i princip skall patientens förmåga att kunna betala för sin vård inte få ha något inflytande på väntetidens längd eller vårdens medicinska kvalitet.

Detsamma gäller patientens sociala förhållanden, t.ex. om patienten har en viss ställning eller ett visst ansvar i samhället.

Propositionen konstaterar att människors lika värde och lika rätt inte ger någon direkt vägledning vid prioriteringar. Människovärdesprincipen kompletteras därför med behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Behovs-solidaritetsprincipen

Behovs-solidaritetsprincipen säger:

Resurserna bör fördelas efter behov (Socialdepartementet 1996/97).

Enligt propositionen innebär principen att mer av hälso- och sjukvårdens resurser bör fördelas till dem som har de största behoven, de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta skall gälla även om inte alla får sina behov tillgodosedda. Behovets storlek beror av sjukdomens svårighetsgrad men även av dess varaktighet.

I Prioriteringsutredningen kopplas behovs-solidaritetsprincipen till hälso- och sjukvårdslagens portalpara-

graf, där det sägs att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Detta menar man är ett uttryck för solidaritet och syftar till att utjämna skillnader i tillgänglighet, men även i utfall. Patienters olika förutsättningar när det gäller utgångsläge och möjlighet att tillgodogöra sig behandling omöjliggör dock en fullständig utjämning. I propositionen uttrycks detta som att solidaritetsaspekten av principen innebär en strävan efter ett så lika utfall som möjligt när det gäller hälsa och hälsorelaterad livskvalitet i samhället (Socialdepartementet 1996/97).

Detta innebär att hälso- och sjukvården har utrymme att prioritera grupper som ligger längre från ett jämlikt hälsorelaterat livskvalitetsutfall än grupper som redan har relativt god hälsa eller hälsorelaterad livskvalitet. Det är dock viktigt att betona att hälso- och sjukvården inte har ett ansvar för att utjämna allmänna livskvalitetsskillnader i samhället eller kompensera grupper för skillnader på andra områden (exempelvis socioekonomiska skillnader), utan att det handlar om att utjämna skillnader kopplade till den form av hälsa och livskvalitet som kan påverkas med vårdåtgärder. Ett sådant tänkande ligger ju väl i linje med behovsprincipens idé om att prioritera det största behovet eftersom grupper med större behov ligger längre från ett jämlikt hälso- och livskvalitetsutfall.

Solidaritetsaspekten är även kopplad till att det är väsentligt att särskilt beakta behoven hos de svagaste grupperna som inte själva kan göra sin röst hörd. Det innebär dock inte automatiskt att dessa grupper skall få en högre prioritering utan endast att deras behov skall bedömas på samma sätt som andra gruppers behov.

Kostnadseffektivitetsprincipen

Den tredje principen är kostnadseffektivitetsprincipen, som säger:

Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet eftersträvas (Socialdepartementet 1996/97).

I propositionen framgår att svåra tillstånd och väsentliga livskvalitetsskillnader skall gå före lindrigare tillstånd även om åtgärderna gentemot de förra är förknippade med förhållandevis högre kostnader. Propositionen lyfter vidare fram att man i bedömningen av kostnadseffektivitet även måste väga in negativa sidoeffekter av de åtgärder som bedöms. Att verksamheten bedrivs kostnadseffektivt får däremot aldrig innebära att man underlåter att ge vård till eller försämrar kvaliteten på vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt funktionshindrade eller andra som är i en liknande situation (Socialdepartementet 1996/97).

Det sägs att principen endast bör tillämpas vid val av åtgärder i förhållande till samma sjukdom. Detta ställningstagande har till viss del modifierats i den lagstiftning som ligger till grund för beslut om att nya läkemedel skall ingå i läkemedelsförmånen, där kostnadseffektiviteten använts för jämförelser mellan sjukdomar och ur ett samhälleligt perspektiv (Socialdepartementet 2002). Detta är även det sätt som kostnadseffektivitetsprincipen tillämpas i arbetet med nationella riktlinjer på Socialstyrelsen.

Alternativa principer som avvisas

Regeringens prioriteringsproposition tar upp två alternativa eller kompletterande principer för prioritering som avvisas: självbestämmandeprincipen och efterfrågeprincipen. I Prioriteringsutredningen tas ytterligare två principer upp: nyttoprincipen och lotteriprincipen – vilka även de avvisas. I detta sammanhang förefaller det endast vara avvisandet av en nyttoprincip som kan ge en viss vägledning för hur vi skall förhålla oss till produktions- och konsumtionspåverkan (det skall dock betänkas att det inte finns någon referens till nyttoprincipen i propositionen).

Nyttoprincipen säger att de åtgärder bör prioriteras som i kombination med storleken på den grupp som drabbas ger störst aggregerad nytta. Denna avvisas med motiveringen att små nyttor för en stor grupp inte kan väga upp en stor nytta för en enskild individ. Däremot sägs det att nyttan för den enskilda patienten får vägas in och att detta inte strider mot behovs-solidaritetsprincipen (Socialdepartementet 1995).

ATT VÄGA IN PRODUKTIONSPÅVERKAN OCH FRAMTIDA KONSUMTION – NÅGRA EXEMPEL

När man utvärderar huruvida en viss behandling A är kostnadseffektiv eller inte görs det alltid i förhållande till en alternativ behandling B som antingen kan vara sedvanlig vård eller en annan ny behandling. De två behandlingsalternativen jämförs med avseende på både kostnader och effekter, och utifrån skillnaderna i dessa beräknas en så kallad inkrementell kostnadseffektkvot enligt nedanstående formel:

$$\text{Inkrementell kostnadseffektkvot} = \frac{\text{Kostnader}_A - \text{Kostnader}_B}{\text{Effekter}_A - \text{Effekter}_B} = \text{Kostnad per effektenhet}$$

Om behandling A har både bättre effekt och kostar mindre än behandling B är slutsatsen om vilken metod som är kostnadseffektiv självklar (dvs. det är behandling A). Om behandling A är bättre men dyrare än behandling B blir det däremot svårare. Syftet med analysen är då att avgöra hur relationen mellan kostnaderna och effekterna ser ut så att beslutsfattare inom hälso- och sjukvården kan bedöma om den extra effekt behandling A ger är värd de extra resurser som krävs för att uppnå den effekten.

Det rekommenderas av flera beslutsfattande organisationer att effekten som används i analyserna skall uttryckas i kvalitetsjusterade levnadsår (QALY). Måttet 1 QALY motsvarar full livskvalitet/hälsa under ett år, och livskvalitet/hälsa mäts på en skala från 0 till 1. Det innebär att man även kan uppnå 1 QALY genom att leva med en livskvalitet på 0,5 under två år. Fördelen med QALY-måttet är att det kombinerar behandlingarnas effekt på överlevnad och livskvalitet i ett enda mått och därför fångar båda dessa patientnära aspekter. Resultatet från kostnads-effektivitetsanalysen presenteras som en kostnad per vunnet QALY.

På kostnadssidan i kvoten ingår allt som går att beräkna i monetära termer, och detta representerar alltså egentligen nettokostnaden, dvs. kostnader minus intäkter. Enligt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) rekommendationer skall de poster som ingår i nettokostnaden vara dels direkta kostnader för själva behandlingen, sjukhuskostnader, kostnader för patienten etc.; dels indirekta kostnader i form av förändringar i produktion och konsumtion.

Även om kostnader i form av produktionspåverkan kan uppstå i samband med att en behandling pågår är det även ett vanligt scenario att en behandling bidrar till att individer kan återgå till arbetet. Då innebär förändringen i produktion istället en intäkt. Om denna intäkt skattas till olika värde för olika åldrar eller kön kan det leda till att en behandling har en högre kostnad per QALY för äldre än för yngre och för kvinnor än för män. Ett sätt att beräkna värdet av produktion är att sätta det till lika med individernas bruttolön plus arbetsgivaravgifter, dvs. till lika med vad arbetsgivaren betalar för att ha dem anställda. Arbetsgivaren antas vara villig att anställa så länge som varje extra anställd producerar till ett värde som motsvarar minst lika mycket som det kostar att ha dem anställda i form av löner och andra avgifter. TLV rekommenderar att man använder genomsnittliga bruttolöner plus arbetsgivaravgifter för olika åldersgrupper. Nedan följer ett exempel på hur kostnadseffektberäkningarna kan se ut i en jämförelse av två läkemedel för en patientgrupp i arbetsför ålder respektive en patientgrupp som gått över pensionsåldern. Vi antar i exemplet att det finns två olika behandlingar, behandling A och behandling B, och att behandling A kostar mer än behandling B samtidigt som den har bättre effekt.²

	<i>Behandling A</i>	<i>Behandling B</i>
Kostnad	100 000 kr	40 000 kr
Effekt	4,3 QALY	4,2 QALY

2. För tydligheten i vårt exempel antas behandlingarna ha samma effekt på QALY oavsett åldersgrupp.

Den ökade effekten som behandling A bidrar med har också en påverkan på individernas möjlighet att återgå i arbete. För individer över pensionsålder räknas ingen ökad produktion med i kalkylen då de inte antas kunna återgå i arbete. I gruppen som består av individer i arbetsför ålder ökar emellertid behandling A produktionen med ett värde på 20 000 kr.

Kostnadseffektkvoten för individer i arbetsför ålder blir då:

$$\frac{(100\,000\text{ kr} - 20\,000\text{ kr}) - 40\,000\text{kr}}{4,3\text{ QALYs} - 4,2\text{ QALYs}} = \frac{40\,000\text{kr}}{0,1} = 400\,000\text{ kr/QALY}$$

Kostnadseffektkvoten för individer över pensionsåldern blir istället:

$$\frac{100\,000\text{ kr} - 40\,000\text{kr}}{4,3\text{ QALYs} - 4,2\text{ QALYs}} = \frac{60\,000\text{kr}}{0,1} = 600\,000\text{ kr/QALY}$$

Alltså kan vi konstatera att kostnaden per QALY kan påverkas av huruvida produktion tas med i beräkningen eller inte. För att sätta siffrorna i perspektiv kan man använda sig av Socialstyrelsens bedömning, enligt vilken 100 000–499 999 kronor per QALY definieras som en måttlig kostnad och 500 000–999 999 kronor per QALY definieras som en hög kostnad (se t.ex. Socialstyrelsen 2010).

När en behandling leder till ökad överlevnad kommer även påverkan på konsumtion in i bilden. Det gäller alltså kostnaden för vad en individ konsumerar i form av mat, kläder, hälso- och sjukvård, utbildning etc. Värdet av konsumtion minus produktion för den ökade överlevnadstiden läggs då till på kostnadssidan i analysen. För individer som antas producera ungefär lika mycket som de konsumerar påverkas inte kostnaden per QALY så mycket. För individer som på grund av sjukdom eller funktions-

hinder inte kan arbeta under den ökade levnadstiden eller som på grund av ålder antas producera mindre än vad de konsumerar leder detta istället till en ökad kostnad per QALY. Nedan följer ett exempel på hur detta kan slå på kostnadseffektiviteten av ett läkemedel som förlänger överlevnaden hos en grupp som kan fortsätta arbeta respektive en grupp som är för sjuk för att kunna arbeta under den ökade levnadstiden. Även här antar vi att vi har två behandlingar, behandling A och behandling B, och att behandling A kostar mer än behandling B samtidigt som den har bättre effekt.

Exempel 2

	<i>Behandling A</i>	<i>Behandling B</i>
Kostnad	100 000 kr	60 000 kr
Effekt	4,3 QALY	4,2 QALY

Vi antar här att skillnaden i effekt består av 73 dagars längre överlevnad med behandling A än med behandling B och att livskvaliteten inte påverkas med någon av behandlingarna (patienterna ligger konstant på en livskvalitetsvikt på 0,5). För överlevnadstiden (73 dagar) tillkommer en kostnad på 30 000 kronor för konsumtion oavsett om individerna kan arbeta eller inte. För individer som kan arbeta under åren som tillkommer dras värdet av ökad produktion av från kostnaderna. I detta fall kan vi anta att värdet av produktionen är 25 000 kronor. Kostnadseffektkvoten för individer som *inte* kan arbeta under överlevnadstiden blir då:

$$\frac{(100\,000\text{ kr} + 30\,000\text{ kr}) - 60\,000\text{kr}}{4,3\text{ QALYs} - 4,2\text{ QALYs}} = \frac{70\,000\text{kr}}{0,1} = 700\,000\text{ kr/QALY}$$

Kostnadseffektkvoten för individer som kan arbeta under överlevnadstiden blir istället:

$$\frac{(100\,000\text{ kr} + 30\,000\text{kr} - 25\,000) - 60\,000\text{kr}}{4,3\text{ QALYs} - 4,2\text{ QALYs}} = \frac{45\,000\text{kr}}{0,1} = 450\,000\text{ kr/QALY}$$

Alltså kan vi även här se att produktion och konsumtion spelar en stor roll för kostnaden per QALY. Att produktions- och/eller konsumtionskostnader vägs in skulle i det här fallet kunna innebära att gruppen med det lindrigare tillståndet ges behandling men att gruppen med det svårare tillståndet som inte kan återgå i arbete nekas behandling (om vi tillämpar Socialstyrelsens gränser). Detta beror emellertid på hur man värderar att något går från medelhög till hög kostnad per QALY. I vissa fall kommer naturligtvis skillnaden i kostnad per QALY mellan olika grupper att bli ännu större än i vårt exempel. För den ena gruppen kanske kostnaden fortfarande blir medelhög per QALY medan det för den andra gruppen blir en mycket hög kostnad per QALY (dvs. över 1 000 000 kronor om vi tillämpar Socialstyrelsens gränser), något som skapar ännu mer tveksamhet kring huruvida behandlingen bör erbjudas eller inte.

PRODUKTIONSPÅVERKAN OCH FRAMTIDA
KONSUMTION I RELATION TILL
DEN ETISKA PLATTFORMEN

Människovärdesprincipen

Att ta hänsyn till huruvida människor är i lönearbete eller inte och dra gränsen för detta vid pensionsåldern förefaller strida mot två aspekter av människovärdesprincipen, förbudet mot att väga in kronologisk ålder och hänsynstagandet till social och ekonomisk ställning.

Eftersom patienters bidrag till produktionen och därigenom till den samhälleliga nyttan genom nettoinbetal-

ning av skatt på lön slutar att räknas vid pensionsåldern tar man uppenbarligen hänsyn till kronologisk ålder – dvs. även om det finns grupper som bidrar med informell produktion efter pensionsåldern så tar man normalt inte hänsyn till detta i sina kostnadseffektivitetsberäkningar. Men oavsett om man skulle höja gränsen för när produktionspåverkan räknas så skulle det innebära att man tar hänsyn till kronologisk ålder – så länge man drar en gräns. Även om man skulle ta hänsyn till informell produktion (dvs. sådana aktiviteter som inte är lönearbete men ändå är värdefulla för samhället) är det troligt att ju äldre man blir, desto mindre har man möjlighet att bidra med. Även om detta inte skulle innebära att man drar en skarp åldersgräns så innebär det fortfarande (om beräkningen skall vara realistisk) att man väger in ålder och hur möjligheterna att vara produktiv förändras med åldern.

Skulle det kunna ses som att man snarare tar hänsyn till biologisk ålder? Ett argument som framförts har varit att skälet till att man pensioneras vid en viss ålder är att personers biologiska möjligheter att arbeta försämras, vilket sätter gränser för hur länge man kan arbeta. Det är visserligen sant – men i den etiska plattformen kopplas snarare biologisk ålder till möjligheten att tillgodogöra sig en viss hälso- och sjukvårdsåtgärd, och de flesta personer som pensioneras har fortfarande en biologisk ålder som inte hindrar att de tillgodogör sig effekten av olika medicinska åtgärder. Om vi skulle göra en bedömning av vikande möjligheter till informell produktion i relation till ålder skulle det dock kunna ses som att vi snarare utgår från biologisk ålder, dvs. personers försämrade biologiska möjligheter att vara aktiva och produktiva. Samtidigt förefaller det vara en alltför vid tolkning av hur

biologisk ålder tillåts att vägas in i den etiska plattformen. I propositionen kopplas biologisk ålder till möjligheten att göra nytta med en viss åtgärd för personen, och i detta fall är det ju inte den direkta effekten av biologisk ålder på en åtgärds nytta för individen som räknas in. En person som har försämrade möjligheter att bidra till formell eller informell produktion kan ju i många (de flesta) fall tillgodogöra sig hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Oavsett om vi skulle dra en viss åldersgräns eller inte för när vi tar hänsyn till produktionspåverkan är det ändå problematiskt att vi tar hänsyn till huruvida en grupp kan återgå i arbete eller inte, eftersom vi då tar hänsyn till gruppens sociala ställning (och indirekt även deras ekonomiska ställning). I den mån man använder sig av gruppindelad lönestatistik för att beräkna produktionskostnader kan hänsyn till faktiska skillnader mellan män och kvinnor, eller mellan olika yrkeskategorier (i den mån det aktualiseras), leda till att man ytterligare väger in social ställning. I vilken mån detta leder till skillnader i kostnadseffektivitet när det gäller konkreta åtgärder är en öppen fråga – men om det är åtgärder som framförallt riktar sig till kvinnor eller män kan det naturligtvis få genomslagskraft. Hänsyn till produktionspåverkan och framtida konsumtion kan alltså leda till att en viss åtgärd får en sämre kostnadseffektivitet för en viss grupp. Beroende på hur stor hänsyn som tas till kostnadseffektiviteten kan det innebära att denna grupp inte får tillgång till denna åtgärd. De grupper som då framförallt riskerar att drabbas av att man tar hänsyn till produktionspåverkan och framtida konsumtion är grupper som inte arbetar eller som generellt har lägre lönenivåer – dvs. grupper över en viss ålder eller som har en viss social ställning.

Behovs-solidaritetsprincipen

Enligt behovs-solidaritetsprincipen skall prioriteringen framförallt vägledas av hur stort behovet hos patientgruppen är vägt mot effekten av åtgärden. Ju större behovet är, desto mer angelägen anses åtgärden vara. Eftersom det i den ursprungliga formuleringen av plattformen betonas att behovs-solidaritetsprincipen väger tyngre än kostnadseffektivitetsprincipen kan vi vid ett större behov acceptera en högre kostnad per QALY. Om hänsyn till produktionspåverkan och framtida konsumtion i kostnadseffektivitetsbedömningen påverkar en grups möjligheter att få tillgång till en åtgärd de har ett behov av och detta behov bedöms som stort är det enligt behovs-solidaritetsprincipen mer problematiskt att väga in dessa aspekter. En tolkning av detta skulle kunna vara att det är mindre problematiskt att väga in produktions- och konsumtionspåverkan när det gäller åtgärder riktade mot mer lindriga tillstånd (men det kan fortfarande vara problematiskt om vi tolkar människovärdesprincipens ramar som mer absoluta). Detta eftersom den etiska plattformen generellt signalerar att om vi måste avstå från vård och behandling så bör detta i första hand drabba lindriga tillstånd (se Sandman och Tinghög 2011). Vilka effekter skulle det då ha att endast ta hänsyn till indirekta effekter när det gäller lindriga tillstånd?

Om vi jämför åtgärder som riktar sig till två olika grupper som båda har lindriga tillstånd men varav bara den ena gruppen kommer att kunna återgå i arbete (den andra gruppen kan inte det på grund av ålder eller sjukdom), så kommer man att få en produktionsintäkt hos gruppen som kan återgå i arbete men inte hos den andra gruppen. Det innebär, beroende på vad kostnadseffektkvoten för

de olika åtgärderna blir, att den grupp som inte kan återgå i arbete kan bli utan åtgärden trots att den kommer att ges till gruppen som kan återgå i arbete. För lindriga tillstånd blir frågan om konsumtion sällan aktuell då åtgärder som riktar sig till dessa tillstånd sällan har som syfte att förlänga livet.

Om vi däremot jämför åtgärder riktade till en grupp med lindriga tillstånd som kan återgå i arbete och en grupp som har svårare tillstånd (och där vi enligt ovanstående resonemang inte väger in indirekta effekter), så kan gruppen med de lindriga tillstånden få en fördel i jämförelse med gruppen med svårare tillstånd eftersom den förra gruppen vinner på att vi väger in produktionspåverkan. Detta eftersom kostnadseffektkvoten för gruppen med det svårare tillståndet, där vi inte väger in produktionspåverkan eller framtida konsumtion, då inte påverkas alls medan gruppen med det lindrigare tillståndet kan tillräknas en extra intäkt i form av ökad produktion.

Om vi i enlighet med den etiska plattformen balanserar behovets storlek mot kostnadseffektiviteten och prioriterar det svårare tillståndet framför det mindre svåra tillståndet, så skapar alltså hänsyn till produktionspåverkan när det gäller lindriga tillstånd möjlighet till att de lindriga tillstånden kan få en fördel som motverkar intentionen hos plattformen. Denna effekt kan bli än mer påtaglig om det handlar om tillstånd som ligger precis över och under gränsen för när dessa hänsyn skall tas respektive inte tas. Här är det viktigt att betona att man enligt plattformen bör acceptera en högre kostnad per QALY när det gäller svårare tillstånd – på det sättet kanske hänsynstagandet till produktionspåverkan för lindrigare tillstånd ändå kompenseras för de svåraste tillstånden. Problemen kan trots

det kvarstå för de tillstånd som ligger i direkt anslutning till den gräns vi drar mellan lindriga och svårare tillstånd.

Detta leder över till ett annat problem med en sådan gränsdragning som handlar om *var* vi skall dra gränsen mellan lindriga tillstånd (där vi ta hänsyn till produktionspåverkan) och svårare tillstånd (där vi inte ska ta hänsyn). När blir alltså ett tillstånd tillräckligt allvarligt för att vi inte skall ta hänsyn till dessa indirekta effekter längre? Överhuvudtaget måste man noga undersöka vilka effekter på systemnivå sådana skilda måttstockar kan få. Utan en sådan noggrann analys förefaller det problematiskt att tillämpa skilda måttstockar för skilda tillstånd.

Solidaritetsaspekten av principen säger att vi bör eftersträva att utfallet av hälsa i befolkningen blir så lika som möjligt – vilket innebär att de som har en god hälsa eller bättre möjligheter till hälsa bör vara solidariska och i vissa fall avstå resurser för att de med sämre möjligheter eller som ligger längre från en acceptabel hälsa skall få möjlighet att uppnå ett mer lika utfall. Om hänsynen till produktionspåverkan och framtida konsumtion leder till att vissa patientgrupper får sämre möjligheter att uppnå ett lika utfall, så förefaller det strida mot behovs-solidaritetsprincipen och det kan anses vara mer problematiskt om det handlar om en grupp som ligger längre från ett sådant lika utfall (dvs. har ett svårare tillstånd) än om det rör sig om en grupp som ligger närmare ett lika utfall (dvs. har ett lindrigare tillstånd).

Kostnadseffektivitetsprincipen

I relation till formuleringen av kostnadseffektivitetsprincipen sades det ovan att kravet på kostnadseffektivitet inte får innebära att man underlåter att ge vård till vissa

specificerade grupper: döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt funktionshindrade eller andra i en liknande situation. Eftersom det i stort sett är dessa grupper som skulle påverkas om man väger in produktions- och konsumtionspåverkan är det ytterligare ett argument utifrån den etiska plattformen att inte väga in dessa aspekter – om det leder till att deras lika tillgång till vård och behandling påverkas. I detta sammanhang sägs även att vi kan acceptera en sämre kostnadseffektivitet vid svårare tillstånd. Även om de som skulle drabbas av att vi väger in produktions- och konsumtionspåverkan inte faller in under de grupper som räknas upp här men trots det lider av svåra tillstånd, så bör vi även i det fallet vara försiktiga med att låta det påverka tillgången till vård och behandling.

Avvisandet av en nyttoprincip

Ett sätt att tolka avvisandet av en nyttoprincip är att när vi bedömer nyttan av en åtgärd så skall det begränsas till att bedöma nyttan för den enskilda patienten eller patientgruppen. Att därmed bedöma nyttan för samhället (i form av huruvida patientgruppen kan återgå i arbete eller annan produktiv sysselsättning) förefaller strida mot det ställningstagandet.

SLUTSATSER UTIFRÅN DEN ETISKA PLATTFORMEN

En övergripande slutsats av hur den etiska plattformen förefaller förhålla sig till att vi väger in produktions- och konsumtionspåverkan är att den på flera olika sätt ger argument för att vi inte bör låta det vägas in, eller åtmins-

tone inte vara avgörande för huruvida en viss grupp (framförallt med ett svårt tillstånd) får tillgång till behandling eller ej. Nu är det viktigt att påpeka att den etiska plattformen inte är huggen i sten utan kan ifrågasättas på olika grunder och att det finns etiska argument som skulle kunna stödja att vi väger in indirekta effekter. Exempelvis om vi breddar diskussionen av vad det är som skall fördelas lika och tillåter hänsyn till kronologisk ålder, eller om vi intar ett mer utilitaristiskt synsätt som fokuserar på den totala nyttan av ett visst handlingsätt snarare än hur denna fördelas (se exempelvis Harris 1985 och Tännsjö 1998). Det finns dock inte utrymme att gå in på dessa alternativa synsätt i detta sammanhang.

ÄR DET ETISKT FÖRSVARBART ATT STRUNTA I PRODUKTIONSPÅVERKAN OCH FRAMTIDA KONSUMTION?

Enligt resonemanget ovan är det alltså inte etiskt oproublematiskt att väga in produktionspåverkan och framtida konsumtion utifrån den etiska plattformen. Skall vi således strunta i det? Ett problem är att om vi *inte* väger in vilka gemensamma resurser som kan genereras, så kan vi hamna i en situation där vi får en rättvis fördelning i termer av en fördelning som åstadkommer så lika möjligheter eller ett så lika utfall som möjligt – men på en lägre nivå (Williams 1992). Är detta ett troligt och i så fall ett önskvärt scenario?

För det första bygger detta på att hänsyn till produktions- och konsumtionspåverkan faktiskt tillåts att spela en roll för huruvida åtgärder erbjuds inom hälso- och sjukvården eller inte. Om de ingår i bedömningen men sällan

eller aldrig spelar någon roll för beslut om att erbjuda åtgärder kommer sådana hänsyn inte ha någon påverkan på den totala fördelningskakan och därmed förefaller de ju inte fylla någon positiv roll – men kan fortfarande fylla en negativ roll genom sin påverkan på vår bedömning av huruvida vi lever i ett rättvist samhälle eller ej.

Om vi skulle ta hänsyn till produktions- och konsumtionspåverkan och låta det påverka i vilken mån vi erbjuder åtgärder inom hälso- och sjukvård så kan det naturligtvis påverka den totala fördelningskakan i samhället på ett positivt sätt. Och vice versa, på ett negativt sätt om vi inte tar hänsyn till det. Skulle en sådan förändrad kaka påverka tilldelningen till hälso- och sjukvården? Kan vi på ett övertygande sätt argumentera för att om vi inte väger in produktions- och konsumtionspåverkan så kommer det att påverka människors möjligheter till hälso- och sjukvård totalt sett (och därmed den totala hälso-/livskvalitetsnivån som kan kopplas till hälso- och sjukvård i samhället) på ett negativt sätt? Ett problem med det resonemanget är att befolkningen i vårt och även andra välfärdssamhällen förefaller vara starkt motiverad att lägga en ansevärd del av sina skattekröner på just hälso- och sjukvård, och ofta uttrycks detta som att man är mer motiverad att lägga pengar där än på många andra samhällssektorer. Om det stämmer skulle en minskad total kaka inte i första hand drabba hälso- och sjukvården, dvs. den skulle i stor utsträckning få behålla storleken på kakan, utan detta skulle snarare drabba andra samhällssektorer. Detta kan naturligtvis i sin tur ha en indirekt påverkan på människors hälsa och framförallt livskvalitet. Men om inte den totala kakan påverkas radikalt mycket skulle man trots en sådan påverkan åtminstone kunna få

fortsatt samma hälso- och sjukvård för att bidra till hälsa/livskvalitet (det är ju många andra faktorer som bidrar till att påverka detta).

Om vi å andra sidan väger in produktions- och konsumtionspåverkan på ett sätt som faktiskt kan påverka den totala kakan på ett substantiellt sätt, så kräver det förmodligen att vi i större utsträckning differentierar när det gäller att erbjuda åtgärder till de grupper som inte bidrar till fortsatt produktion. Vi skulle då ha en större kaka men en fördelning av hälso- och sjukvård som inte följer fördelning efter behov – något som förmodligen strider mot många människors uppfattning om hur man skall fördela något så viktigt som hälso- och sjukvård. Skulle då denna ökade kaka användas för hälso- och sjukvård och hur skulle den fördelas? Skall den användas till att finansiera ytterligare hälso- och sjukvård och i så fall för de grupper som nekats åtgärder (Olsen och Richardson 1999)? I så fall förefaller vi vara tillbaka där vi startade – dvs. att alla får hälso- och sjukvård efter behov. Om inte, skall dessa resurser användas för att ytterligare förstärka skillnader när det gäller hälso- och sjukvård?

Michael Drummond och medarbetare (2005) har gett ett antal förslag på hur man skulle kunna väga in produktions- och konsumtionspåverkan för att till viss del hantera de svårigheter som vi diskuterat. Låt oss ta upp tre av hans förslag som framförallt förefaller ha en inverkan på den etiska diskussionen.

- Rapportera de indirekta kostnaderna i analysen (dvs. sådant som produktions- och konsumtionskostnader) separat och på så sätt ge beslutsfattare möjlighet att ta ställning till om de vill väga in det eller inte.

- Redovisa antalet dagar i arbete som man förlorar eller vinner separat från det pris som används för att värdera dem.
- Beakta vilka implikationer på rättvisa som kan uppstå av att inkludera produktions- och konsumtionspåverkan och använda känslighetsanalyser (där man varierar olika faktorer) för att bedöma hur användning av mer rättvisa skattningar skulle påverka resultatet. Ett exempel är att testa hur analysens resultat skulle påverkas av att använda mer generella lönenivåer istället för löner justerade för ålder, kön eller sjukdom.

I det första förslaget ger man alltså beslutsfattare möjlighet att välja huruvida de vill väga in produktions- och konsumtionspåverkan eller inte. Beslutsfattare får i det läget möjlighet att få en bild av hur detta kan påverka den totala kakan men ges samtidigt möjlighet att bortse från det om rättvisaspekterna anses överväga. I detta fall överläts alltså beslutet till de beslutsfattare som har i uppdrag att göra prioriteringen mellan olika vårdåtgärder eller behandlingar. Detta innebär att man egentligen inte tar ställning generellt till huruvida produktions- och konsumtionspåverkan är etiskt acceptabelt att väga in eller inte, utan snarare gör det till en fråga om vad som är socialt acceptabelt (eller motsvarande). Detta är i linje med en rekommendation från den amerikanske filosofen Dan Brock (Brock 2003). Ett problem med det är att det kan göra bedömningen godtycklig och beroende av vad de beslutsfattare som för tillfället skall fatta beslutet har för uppfattningar. Och om vår tolkning när det gäller den etiska plattformen stämmer så skulle det dessutom innebära att man, om man följer Drummonds första förslag,

gör avsteg från denna. Det skulle kunna leda till att förtroendet för plattformen urholkas. Här förefaller det vara mer i linje med tanken på öppna prioriteringar (som är en stark värdering i plattformen) att försöka komma fram till i vilka situationer indirekta effekter bör vägas in och förtydliga eller modifiera plattformen så att det finns en överensstämmelse.

Ett sätt att tänka mer systematiskt kring en sådan situation med koppling till den etiska plattformen som redovisades ovan är att säga att man generellt inte skall ta hänsyn till dessa faktorer om det leder till ojämlig tillgång på vård när det handlar om svåra sjukdomstillstånd – medan det är mer berättigat att väga in om det rör sig om lindrigare tillstånd. Men vi sade ovan att det finns problem med ett sådant synsätt som i så fall måste redas ut ytterligare genom fördjupad normativ analys. Huruvida det är tillräckligt för att kunna göra skillnad när det gäller den totala kakan är även det en öppen empirisk fråga. Likaså om detta skulle vara acceptabelt utifrån ett medborgarperspektiv eller hur det skulle påverka vår upplevelse av huruvida vi lever i ett rättvist samhälle eller inte. Här kan det i så fall även behövas empiriska studier för att besvara frågan.

I det andra förslaget finns det ju möjlighet att lägga fokus på i vilken utsträckning en viss vårdåtgärd eller behandling påverkar patientgruppens möjlighet att återgå till normala aktiviteter oavsett om detta är arbete eller andra aktiviteter. I den mån man endast fokuserar på den aspekten (och den berör ju endast produktionspåverkan) och inte väger in kostnaden eller värdet av denna aktivitet ur ett ekonomiskt samhällsperspektiv, så förefaller den vara mindre problematisk ur ett rättviseperspektiv. Detta

eftersom det generellt kan sägas vara bättre om en vårdåtgärd eller behandling leder till att patientgruppen kan återgå till normala aktiviteter tidigare snarare än senare. Ett problem med detta är dock fortfarande att vissa grupper kanske inte kan gagnas av den typ av normal aktivitet som åtgärden kan möjliggöra. Handlar det exempelvis om att personer snabbare kan bli fysiskt aktiva så kanske personer med vissa fysiska funktionshinder inte gagnas av det i samma utsträckning. Om sådana skillnader vägs in i kostnadseffektivitetsanalysen kvarstår ett rättviseproblem.

Redan i nuläget ger dock den etiska plattformen utrymme för att väga in effekten på patientens tillstånd av den bedömda vårdåtgärden eller behandlingen, och om vi skall uppnå ett mer lika utfall när det gäller hälsa/livskvalitet blir effekten av åtgärden (även i termer av återgång till normal aktivitet) viktig. Gör vi en sådan bedömning och inte tar hänsyn till det ekonomiska värdet av dessa aktiviteter har vi emellertid förlorat möjligheten att påverka den totala kakan. I princip innebär det alltså att vi *inte* tar hänsyn till produktionspåverkan i ovanstående bemärkelse.

I det tredje fallet varierar man alltså olika faktorer för att se hur detta påverkar utfallet av kostnadseffektivitetsbedömningen och bedömer om dessa olika faktorer faller ut olika utifrån ett rättviseperspektiv. Förslaget från Drummond om att undvika att specifika grupper pekas ut kan då bestå i att man använder mer generella lönenivåer etc. och inte kopplar detta till specifika löner för vissa åldrar, till kön eller att man generellt saknar arbete efter en viss ålder, eller att olika sjukdomar möjliggör olika former av arbete. Ju mindre specifika beräkningar som görs, desto mindre problematiskt förefaller det vara ur ett rätt-

viseperspektiv. Liksom i fall två innebär det samtidigt att vi i mindre utsträckning kan påverka hur stor den gemensamma ekonomiska kakan kommer att vara. Vi har egentligen inte fått någon ytterligare vägledning för hur vi skall avväga mellan ett rättviseperspektiv och ett mer utilitaristiskt perspektiv när det gäller frågan om produktions- och konsumtionspåverkan.

Fördelen med alla dessa tre förslag är att bedömningen görs mer transparent och att vi på ett tydligare sätt kan välja huruvida vi vill ta hänsyn till produktions- och konsumtionspåverkan och i så fall hur mycket hänsyn vi skall ta till detta. Men vi har inte fått något mer principiellt verktyg för att kunna göra denna avvägning – förutom hänvisningen till behovs- och solidaritetsprincipen i den etiska plattformen i fall ett. Det finns vissa förslag för hur avvägningen mellan rättvisa och effektivitet skulle kunna se ut – men de är lite väl tekniska för att tas upp här och bygger mer på faktiska preferenser hos en viss befolkning än på principiella avvägningar (Olsen och Richardson 1990).

ETT EGET BLYGSAMT FÖRSLAG

Utifrån den ovanstående diskussionen befinner vi oss alltså i en situation där vi måste väga storleken på den kaka vi har att fördela (till hälso- och sjukvård och annat) mot att denna kaka är rättvist fördelad. Om vi väljer att fokusera på rättvisan riskerar det att leda till en mindre kaka – dvs. vi får alla mindre även om det är rättvis fördelat. Om vi väljer att fokusera på effektiviteten får vi en större kaka – men den riskerar att vara orättvist fördelad. Inom den filosofiska rättvisediskussionen finns det för-

slag om att vi bör se på rättvisa inom olika sfärer på olika sätt, exempelvis att rättvis betygsfördelning i skolan skall följa ett annat mönster än rättvis fördelning av vård inom hälso- och sjukvården (se exempelvis Kamm 1993). I det första fallet bör man fördela efter prestation eller förtjänst, i det andra fallet bör man istället fördela efter behov. Här finns inte utrymme att fördjupa oss i diskussionen kring rättvisa inom olika sfärer, men vi låter oss inspireras av den tanken för vårt eget blygsamma förslag. Vi skiljer dock inte mellan sfären hälso- och sjukvård och andra sfärer utan snarare mellan olika typer av fördelningsbeslut inom hälso- och sjukvården.

Om vi väger in produktions- och konsumtionspåverkan vid prioritering och beslut kring enskilda vårdåtgärder eller behandlingar, så kan vi hamna i en situation där en patientgrupp inte får tillgång till en behandling som har effekt på deras ohälsotillstånd och som skulle ha en acceptabel kostnadseffektivitet om vi inte vägde in produktions- och konsumtionspåverkan – men som får en oacceptabel kostnadseffektivitet om vi väger in dessa faktorer. Detta förefaller strida mot mångas (och även våra) intuitioner kring rättvisa när det gäller hälso- och sjukvård eftersom det villkorar den konkreta vården till att delvis bero på vilken grupp man tillhör (och premierar den grupp som samtidigt på andra sätt redan är privilegierad i samhället genom att ha eller kunna återgå i arbete).

Att tydliggöra hur hänsyn till faktorer som produktions- och konsumtionspåverkan skulle påverka kostnadseffektiviteten kan dock vara värdefullt som underlag för beslut när det gäller ett vidare perspektiv på hur samhällets resurser skall användas för hälso- och sjukvård. Vi ser inga problem med att göra alternativa kostnadseffek-

tivitetsberäkningar där detta vägs in (lämpligtvis genom att använda sig av Drummonds förslag ett och även tre) för att belysa även dessa aspekter. Detta bör emellertid inte ligga till grund för enskilda beslut, och det kan därmed möjligtvis vara problematiskt att vara öppen med att det görs sådana beräkningar eftersom det kan skapa osäkerhet hos befolkningen om huruvida detta tillåts vägas in när det gäller enskilda behandlingar eller ej. Detta leder i så fall vidare till en diskussion kring vad vi menar med att våra prioriteringar skall vara öppna, dvs. om det rör alla detaljer i en beslutsprocess eller om det endast rör beslutet och de grunder som faktiskt avgjorde eller låg till grund för beslutet (se exempelvis de Fine Licht 2011). På en annan fördelningsnivå kan det däremot vara rimligt att ta hänsyn till hur vi åstadkommer en så stor kaka som möjligt, även när det gäller det som vi kan påverka med hälso- och sjukvårdsåtgärder. Att göra speciella satsningar genom exempelvis sådant som rehabiliteringsgaranti eller motsvarande för att underlätta för patientgrupper att återgå i arbete kan vara exempel på den typen av fördelningsbeslut som väger in det som produktions- och konsumtionspåverkan är tänkt att fånga.

Utifrån ett strikt rättviseperspektiv (exempelvis som det uttrycks i den etiska plattformen) kan dessa satsningar kritiseras för att fokusera på vissa grupper (och därmed utesluta andra grupper) och kan leda till problematiska undanträngningseffekter som man bör vara uppmärksam på. Det kan dock finnas flera skäl till att de inte lika tydligt uppfattas som problematiska från rättvisesynpunkt. Ett skäl till detta är att denna form av rehabiliteringsinsatser (eller liknande) inte innebär att man ställer olika grupper mot varandra och konkret och explicit väljer bort

behandling för en viss grupp med ett svårt tillstånd men samtidigt tillhandahåller behandlingen för en annan grupp med ett lika svårt tillstånd. Samtidigt kan det invändas att de medel som används till en sådan satsning kunde ha satsats någon annanstans inom hälso- och sjukvårdssystemet, exempelvis på svårt sjuka patienter oberoende av möjlighet till fortsatt produktion, och därmed indirekt strider mot vår syn på rättvis fördelning av hälso- och sjukvård enligt den etiska plattformen. Ett liknande resonemang kan samtidigt föras när det gäller alla samhällliga satsningar inom andra områden (exempelvis satsningar på skola, omsorg, försvar, näringslivsutveckling etc.) som naturligtvis även de kunde ha använts för satsningar på svårt sjuka patientgrupper inom hälso- och sjukvården. Det handlar alltså om en större rättvisefråga kring hur fördelningen i stort av våra samhällliga medel skall se ut och hur avvägningen mellan rättvisa och effektivitet skall se ut. Även om vi tar medel från den existerande hälso- och sjukvårdsbudgeten för den typen av satsningar kan vi ju följa plattformen genom att se till att det i så fall framförallt drabbar patientgrupper med lindriga tillstånd och där hälso- och sjukvårdens åtgärder och behandlingar har mer marginell effekt (om det är tillräckligt ur ett resursperspektiv). Men en viktig aspekt i detta sammanhang är även det symbolvärde och den upplevelse av rättvisa som olika beslut ger upphov till. Att ställa grupper mot varandra och tydligt peka på att en grupp väljs bort på bekostnad av en annan (på många sätt redan prioriterad) grupp har ett mycket starkt negativt laddat symbolvärde ur ett rättviseperspektiv. När vi alltså behöver göra vad vi menar är nödvändiga avvägningar mellan effektivitet och rättvisa inom hälso- och sjukvårdssystemet.

met kan det alltså finnas skäl att ifrågasätta öppenhet och transparens när det gäller vilka prioriteringar som görs, i den bemärkelsen att vi inte explicit pekar ut vilka grupper som drabbas av dessa effektivitetsöverväganden i faktiska fall. Däremot tror vi att det kan finnas skäl att förtydliga och utveckla den etiska plattformen för att på ett mer principiellt plan kunna ge vägledning kring hur och i vilka sammanhang sådana avvägningar bör ske (se Prioriteringscentrum 2007 för ett sådant förslag).

Liksom Drummond (ovan) har vi alltså inte kommit med en principiell avvägningsmodell för hur man kan balansera rättvisa mot effektivitet, utan snarare antytt i vilka beslutssituationer det kan vara respektive inte vara lämpligt att väga in effektivitetshänsyn ur ett bredare samhällsperspektiv – vilket kan innebära att man åtminstone kommer tillrätta med vissa av de rättviseproblem som patientgrupper och andra medborgare reagerar på.

LITTERATUR

- Brock, D. W. (2003), "Separate spheres and indirect benefits", *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 1:4, doi: 10.1186/1478-7547-1-4.
- de Fine Licht, J. (2011), "Do We Really Want to Know? The Potentially Negative Effect of Transparency in Decision Making on Perceived Legitimacy", *Scandinavian Political Studies* 34:3, s. 183-201.
- Drummond, M.F., Sculpher, M.J. och Torrance, G.W. et al. (2005), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford: Oxford University Press.
- Harris, J. (1985), *The Value of Life*, London: Routledge and Kegan Paul.
- Kamm, F.M. (1993), *Morality, Mortality. Volume I: Death and Whom to Save from It?* Oxford: Oxford University Press.

- Olsen, J.A. och Richardson, J. (1999), "Production gains from health care: what should be included in cost-effectiveness analyses?" *Social Science and Medicine* 49, s. 17–26.
- Sandman, L. och Tinghög, G. (2011), Att tillämpa den etiska plattformen vid ransonering. Fördjupad vägledning och konsekvensanalys. Rapport, Linköping: PrioriteringsCentrum 2011:7.
- Socialdepartementet (1995), Vårdens svåra val. Prioriteringsutredningens slutbetänkande, SOU 1995:5.
- Socialdepartementet (1996/97), Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Proposition, 1996/97:60.
- Socialdepartementet (2002) lag om läkemedelsförmåner m.m., SFS 2002:160.
- Socialstyrelsen (2010), Bilaga 4, Metod. Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 – Stöd för styrning och ledning, Stockholm: Socialstyrelsen. ISBN 978-91-86301-88-0.
- Socialstyrelsen (2011), Metodbilaga. Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – Stöd för styrning och ledning, Stockholm: Socialstyrelsen. ISBN 978-91-86585-77-8.
- Tännsjö, T. (1998), *Värdeetik*, Stockholm: Thales.
- Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Rapport, Linköping: PrioriteringsCentrum 2007:2.
- Williams, A. (1992), "Cost-effectiveness analysis: Is it ethical?" *Journal of Medical Ethics* 18, s. 7–11.