

Kostnadseffektivitetens roll vid prioriteringar

VÄRDERINGARNA SKA NORMERA PRAXIS

I en artikel i veckans nummer av Läkartidningen skriver Lars Sandman et al att i den »ursprungliga Prioriteringsutredningen« [1] gavs kostnadseffektivitetsprincipen en begränsad roll: principen skulle bara tillämpas vid val mellan alternativa åtgärder för ett och samma tillstånd. Denna begränsade roll vill de nu utvidga.

Frågan är vad den »utvidgade rollen« innebär och om den är förenlig med att kostnadseffektivitetsprincipen enligt riksdagens beslut ska vara underordnad de övriga två principerna: människovärdesprincipen respektive behovs- och solidaritetsprincipen. Prioriteringscentrum har tidigare drivit linjen att den inte bör vara det, ett förslag som kritiserats [2]. Lars Sandman et al måste rimligtvis hävda att den utvidgade rollen är förenlig med att kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de andra två principerna, om de vill påstå att de tolkar plattformen inom ramen för riksdagens beslut och inte vill överge den.

Men den formulering som Prioriteringsutredningen förordar är inte den begränsade som författarna åberopar utan:



Göran Hermerén, senior professor

● goran.hermeren@med.lu.se



Nils-Eric Sahlin, professor; båda

medicinsk etik, institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet

»Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör man eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och livskvalitet« [2, sidan 119].

Artikelförfattarnas argument bygger på att det går att jämföra effekter av behandlingar för olika tillstånd genom hälsoekonomiska beräkningar av vunnna QALY (livskvalitetsjusterade levnadsår). Enligt vår uppfattning underskattar författarna de metodologiska problem som

de skenbart exakta QALY-kalkylerna aktualiserar. Men dessa problem är ett ämne för en annan artikel.

De historiska tillfälligheter som enligt Lars Sandman et al kan skapa problem är att det ibland finns behandlingar som inte tidigare utvärderats hälsoekonomiskt. Därmed saknas ett etablerat tröskelvärde för det aktuella tillståndet. Sambandet mellan att en hälsoekonomisk utvärdering skett och att ett visst tröskelvärde etableras förklaras dock inte ordentligt i artikeln. Om en hälsoekonomisk utvärdering av en behandling skett, och behandlingen accepterats, betyder det då att ett visst tröskelvärde etablerats? Tröskelvärden kan ändras. Vems värderingar och vilka värderingar styr valet av tröskelvärde? Vi tror dock inte att QALY-beräkningar kan göra detta på ett värderingsfritt sätt.

Med hjälp av tankeexperiment vill författarna visa att den begränsade rollen för kostnadseffektivitetsprincipen riskerar att leda till egendomligheter och godtycke i tillämpningen. Finns här en grundskilnad när det gäller etiska utgångspunkter: vilka och vems värderingar ska styra prioriteringarna i hälso- och sjukvården?

Den grundläggande utgångspunkten i Prioriteringsutredningen är att vi alla i en avgörande mening ska värderas lika. Utredningen fokuserade på konsekvenserna för patienter och verksamheter i sjukvården, inte på vad samhället totalt tjänar på de val som görs. Pensionärer, invandrare utan arbete liksom svenskar som är arbetslösa

och inte bidrar till produktiviteten i samhället ska inte få sämre eller enklare sjukvård, få vänta längre i kö eller tvingas avstå från vård över huvud taget [3].

Till sist handlar det om olika visioner av sjukvårdens uppdrag i ett välfärdssamhälle. Behov och solidaritet ska enligt Prioriteringsutredningens plattform styra fördelningen av vårdens resurser. Om man genom en dyrare behandling förkortar rehabiliteringstiden, ska detta givetvis beaktas. Detta är emellertid något annat än att man ska ta hänsyn till produktionsbortfall eller effekter på framtida konsumtion [4].

Lars Sandman et al konkluderar att vi har starka skäl att acceptera att kostnadseffektivitetsprincipen ges en utökad roll, »i linje med nuvarande praxis«. Den nuvarande praxis som de möjligen kan hänvisa till gäller ett begränsat område, TLV:s (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) och NT-rådets (rådet för nya terapier) domäner, inte generellt inom hälso- och sjukvården. De prioriteringsbeslut som tas inom TLV och NT-rådet är bara en liten del av alla de prioriteringsbeslut som tas i sjukvården.

Men är det verkligen praxis som ska avgöra vilka värderingar vi ska ha och hur vi ska prioritera? Vi anser att det i stället är våra värderingar som ska normera praxis. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2018;115:E6DU



REFERENSER

1. SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 1995.
2. Sahlin NE. Kritik mot PrioriteringsCentrums förslag till ny prioriteringsplattform: Från allas lika värde till hälsoekonomisk kalkyl. Läkartidningen. 2008;37:2465-6.
3. Hermerén G. Prioriteringar: val och värden i vården. Vetenskapssocieteten årsbok 2014. Lund: Vetenskapssocieteten i Lund; 2014. p. 65-96.
4. Sandman L, Heintz E. »Är du nyttig lille vän?« - om produktionspåverkan, konsumtionspåverkan och den svenska plattformen för prioriteringar. I: Prioriteringar i hälso- och sjukvården. Kristianstad: Region Skånes etiska råd; 2013. p. 63-93.

HUVUDBUDSKAP

- I en artikel i veckans nummer argumenteras för att kostnadseffektivitetsprincipens begränsade roll enligt Prioriteringsutredningen ska utvidgas.
- Det är oklart vad denna utvidgade roll innebär och om den är förenlig med att kostnadseffektivitetsprincipen ska vara underordnad de två andra principerna, som riksdagen beslutat.
- Artikelförfattarnas argument bygger på antagandet att det går att mäta och jämföra effekter av behandlingar för olika tillstånd genom hälsoekonomernas beräkningar av vunnna QALY (livskvalitetsjusterade levnadsår). Men enligt vår uppfattning underskattar författarna de metodologiska problem som de skenbart exakta QALY-kalkylerna aktualiserar.