



De forskande  
Läkemedelsföretagen

LIF Norr; December 2021

# Del 5: Etik och hälsoekonomi – den etiska prioriteringsplattformen

Douglas Lundin, TLV, Jan Liliemark, MTP, SKR, Martin Henriksson, LIU och Dag Larsson, Lif

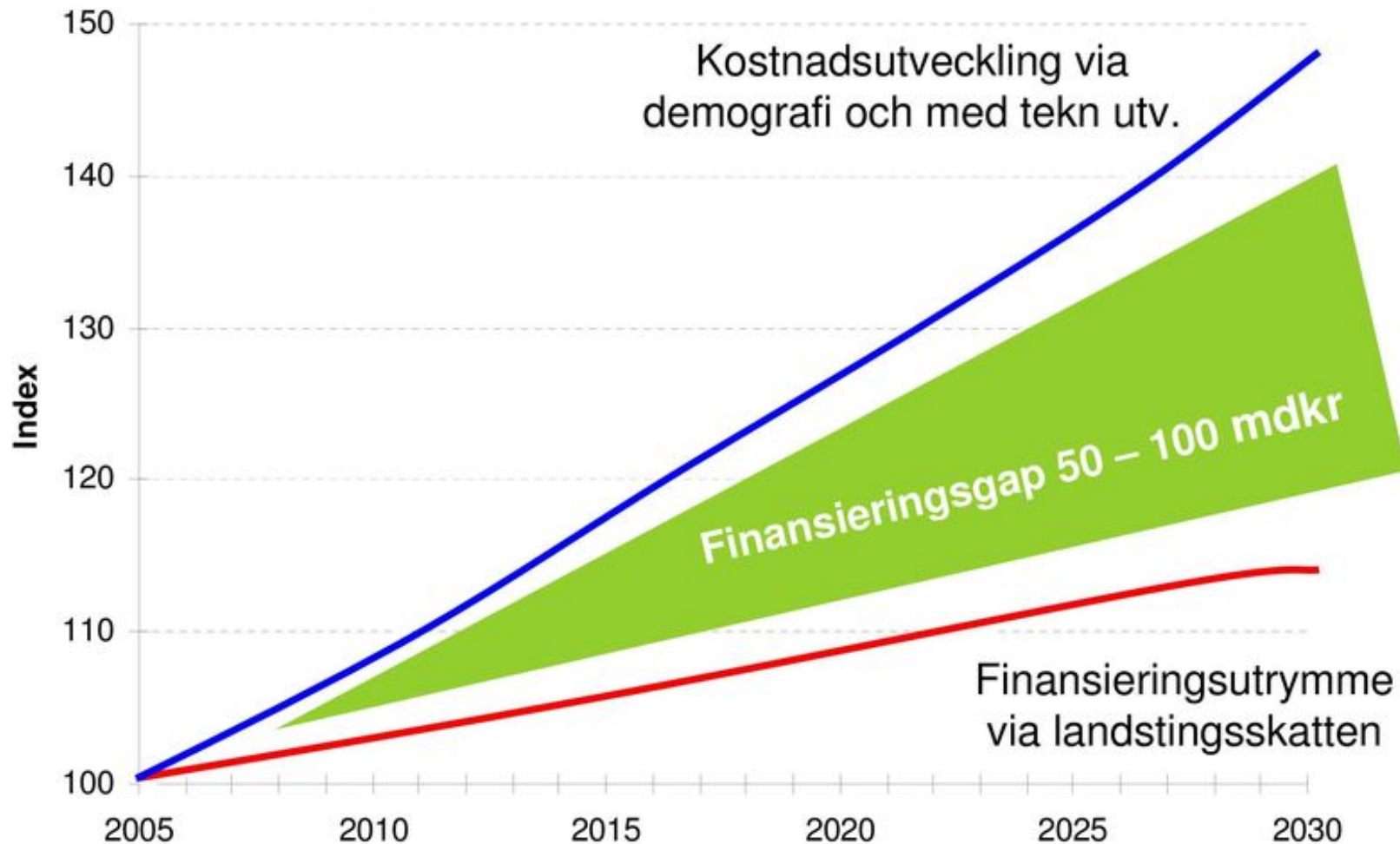
# Rangordningen i den etiska prioriteringsplattformen

1. Människovärde
2. Behovs- och solidaritetsprincipen / Kostnadseffektivitet

eller

1. Människovärde
2. Behovs- och solidaritetsprincipen
3. Kostnadseffektivitetsprincipen

# Resurser och behov i sjukvården



Källa: SKL, Fi-dep

# Olika perspektiv

Statens vision –”Bästa möjliga vård”.- “Följa lagstiftningen”

Regionernas vision –”God vård inom givna ekonomiska ramar”

Kommunens vision –”Vård som minskar kostnaderna”

# Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

## Mesta möjliga hälsa för skattepengarna

### Läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna

- 15 §** Ett receptbelagt läkemedel ska omfattas av läkemedelsförmånerna och inköpspris och försäljningspris ska fastställas för läkemedlet under förutsättning att
1. **kostnaderna** för användning av läkemedlet, med beaktande av bestämmelserna i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)\*, **framstår som rimliga från medicinska, humanitära och samhällsekonomiska synpunkter**, och
  2. det **inte** finns **andra tillgängliga läkemedel** eller behandlingsmetoder som enligt en sådan avvägning mellan avsedd effekt och skadeverkningar som avses i 4 kap. 1 § första stycket läkemedelslagen (2015:315)\*\* är att bedöma som **väsentligt mer ändamålsenliga**. Lag (2017:49).

\*Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

\*\* Ett läkemedel ska vara av god kvalitet och ändamålsenligt. Läkemedlet är ändamålsenligt om det är verksamt för sitt ändamål och vid normal användning inte har skadeverkningar som står i missförhållande till den avsedda effekten.

# 3 frågeställningar

1. **Den etiska plattformen: Hur kan vi förena principerna som delvis är i konflikt med varandra?**
2. **Finansieringsgapet mellan hälsoteknologiska möjligheter och finansieringsutrymme via skatteuppkomst: Hur kan vi fylla gapet?**
3. **Orphan drugs: “Problemet med gamla läkemedel i nya, dyra kläder”.**

# Etik och hälsoekonomi

8 dec 2021

Martin Henriksson

Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi

Linköpings universitet

## ETISKA FRÅGESTÄLLNINGAR I ALLA PRIORITERINGSBESLUT

---

**“Giving priority to one group of people means taking it away from another group**, though for obvious reasons politicians tend not to dwell on this implication, leaving us to infer, from what is not said, who the ‘low priority’ groups are. In any honest and open discussion of these issues, however, that implication must be faced squarely, and **we must not shrink from identifying who (implicitly) the ‘low priority’ people are**, in any particular system of health care.”

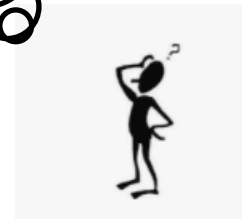
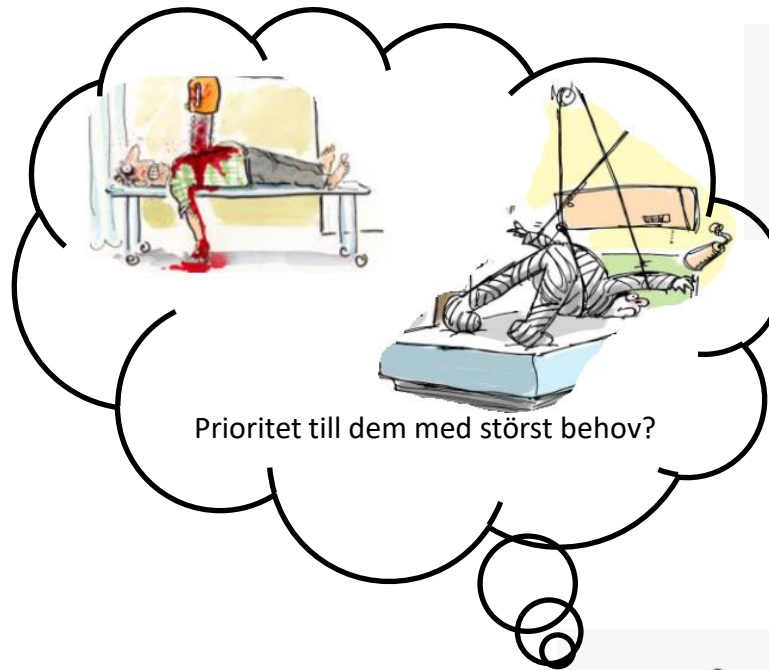
**Alan Williams 1988**

**“How big a sacrifice in the overall health of the population** would you be prepared to accept in order to **eliminate the disparities in health** between A and B; there is a regrettable tendency for equity arguments to be conducted within a rhetorical framework in which it appears possible to “do good” at no opportunity cost whatever.”

**Alan Williams 1997**



# ETISKA FRÅGESTÄLLNINGAR I ALLA PRIORITERINGSBESLUT



# RESURSFÖRDELNING I ETT SAMHÄLLE

---



## ”Samhället”

- Privat marknad (konsumtion av varor och tjänster på en ”vanlig marknad”)
- Frivilliga kontrakt och utbyte som bygger på ömsesidiga överenskommelser (när vi köper mjölk eller en lunch)
- Det finns många anledningar till att detta inte riktigt funkar i hälso- och sjukvården (och en hel del andra sektorer)

# RESURSFÖRDELNING I ETT SAMHÄLLE



# RESURSFÖRDELNING I ETT SAMHÄLLE

## Ekonomiska utvärderingar

Kostnader och effekter av specifika insatser

Insats A

Kostnad A

## Produktiviteten i hälso- och sjukvården

Hur får vi ut så mycket hälsa som möjligt av insatta resurser...

## Hälsa mot hälsa vid prioritering av resurser inom sjukvården

$$\text{ICER} = \frac{\text{Kostnad A} - \text{Kostnad B}}{\text{QALY A} - \text{QALY B}}$$

QALY B



## Rättviseaspekter

...samtidigt som vi tar hänsyn till andra aspekter som vi värdesätter?



## "Samhället"

Hälso- och sjukvård

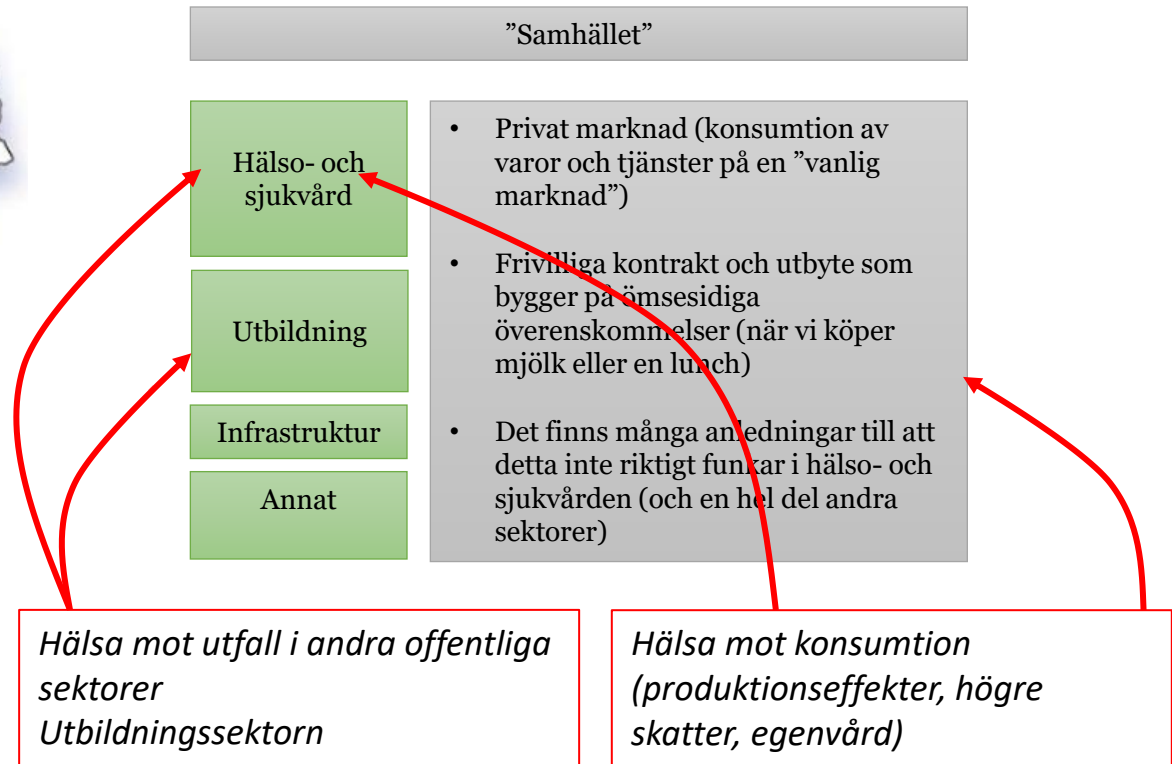
Utbildning

Försvar

Annat

- Privat marknad (konsumtion av varor och tjänster på en "vanlig marknad")
- Frivilliga kontrakt och utbyte som bygger på ömsesidiga överenskommelser (när vi köper mjölk eller en lunch)
- Det finns många anledningar till att detta inte riktigt funkar i hälso- och sjukvården (och en hel del andra sektorer)

# Etiska överväganden ständigt närvarande

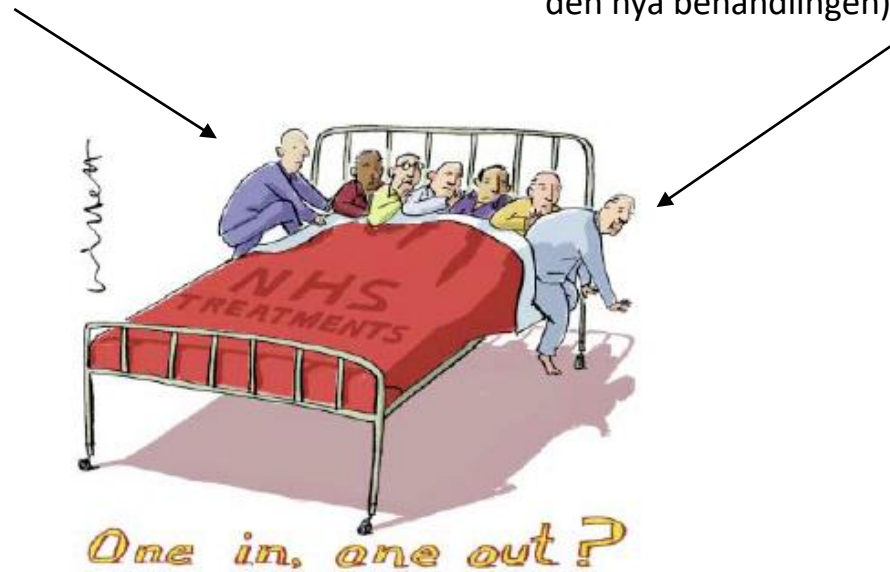


# ALTERNATIVKOSTNADER - HÄLSA MOT HÄLSA I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSEKTORN

---

Använder vi resurser till någon (ny) behandling

Betyder det att vi förlorar hälsa (på grund av att vi måste dra undan resurser för att finansiera den nya behandlingen)



När resurserna är begränsade är alternativkostnaden hälsa och vi behöver ställa vunnna hälsa mot förlorad hälsa för att förstå när någonting är för dyrt.

## ALTERNATIVKOSTNADER

---



*”Jag förklarade att fler dödsfall bland barn troligen kunde undvikas om jag la mer tid på att förbättra sjukvårdstjänster på kvartersnivå, vårdcentraler och små hälsomottagningar [...] Om vi satsade våra ansträngningar och vår personal på att ge den bästa vården på sjukhuset skulle färre barn vaccineras, vårdcentralerna få dålig bemanning och totalt skulle fler barn dö. Jag var ansvarig för de barn som jag såg dö liksom för de som jag inte såg, men som dog ändå.”*

- Rosling 2017

## NÄR ÄR DET FÖR DYRT (NÄR RESURSER INTE KAN FLÖDA OBEGRÄNSAT IN I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSEKTRORN)?

---

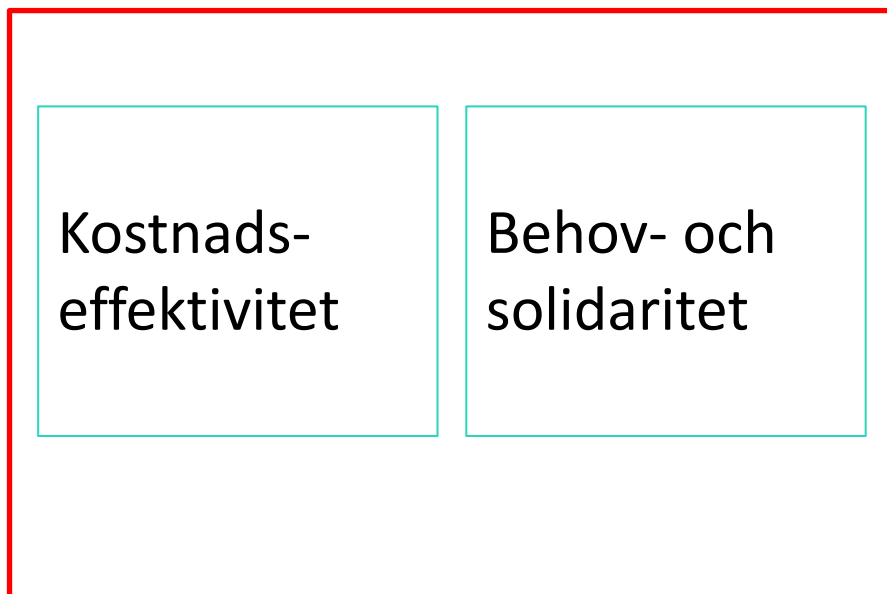
En rimlig representation av kostnadseffektivitet är att en behandling är kostnadseffektiv när den genererar mer hälsa än vad den tränger undan.



Kostnadseffektivitet är inte detsamma som att säga att något är prioriterat. Min bild är att vi prioriterar många behandlingar som är kostnadsineffektiva idag.



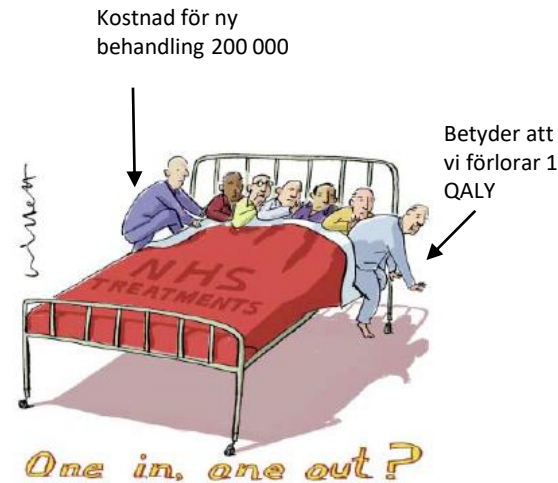
## Människovärdesprincipen



Prioritet till de mest störst behov kan innebära att vi bör prioritera kostnadsineffektiva behandlingar.

# HÄLSA MOT HÄLSA – EXPLICIT AVVÄGNING MELLAN EFFEKTIVITET OCH RÄTTVISA

---

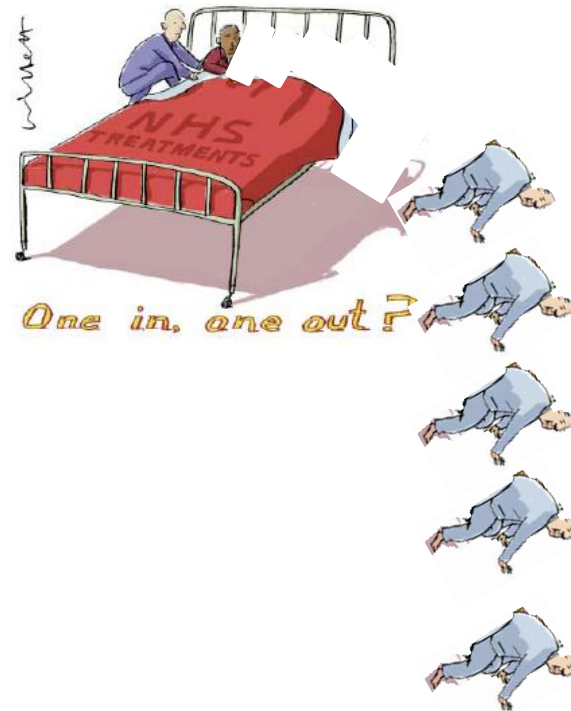


Hälsoekonomiska utvärderingar skall inte lösa "problemet" – avvägningen mellan effektivitet och rättvisa – de skall belysa avvägningarna tydligt så beslutsfattare med uppdrag att göra avvägningarna kan göra dem på ett vettigt sätt.

# HÄLSA MOT HÄLSA – EXPLICIT AVVÄGNING MELLAN EFFEKTIVITET OCH RÄTTVISA

---

Om kostnaden per QALY är 1 miljon vinner vi 1 QALY och förlorar 5



Kanske är vi ok med denna avvägning – kanske inte.

Det är denna avvägning vi ber beslutsfattare göra.

## NÅGRA HUVUDPUNKTER

---

- Effektivitet och hur den skall vägas mot andra (rättvisa) aspekter är av central betydelse i ALLT beslutsfattande
- Kostnadseffektivitet är inte detsamma som prioritet!
- Hälsoekonomiska utvärderingar skall blottlägga de svåra avvägningarna – inte lösa dem (med underlag som gömmer viktiga etiska utgångspunkter)
- Begreppet ”betalningsvilja” är direkt skadligt i sådana sammanhang
- Hur mycket annan hälsa (eller andra saker som vi värderar i samhället) är vi villiga att offra för att ge prioritet till olika insatser är ett bättre sätt att uttrycka denna svåra avvägning (och den anspelar direkt på alternativkostnader)





