

Läkemedel

När är det rimligt
att betala själv?

Per Carlsson och Gustav Tinghög



SNS Förlag

Läkemedel – när är det rimligt att betala själv?

Läkemedel – när är det rimligt att betala själv?

PER CARLSSON OCH GUSTAV TINGHÖG

SNS FÖRLAG

SNS Förlag
Box 5629
114 86 Stockholm
Telefon: 08-507 025 00
Fax: 08-507 025 25
info@sns.se
www.sns.se

SNS är en politiskt oberoende ideell förening som genom forskning, möten och bokutgivning bidrar till att beslutsfattare i politik, offentlig förvaltning och näringsliv kan fatta välgrundade beslut baserade på vetenskap och saklig analys.

Läkemedel – när är det rimligt att betala själv?

Per Carlsson och Gustav Tinghög

Första upplagan

Första tryckningen

© 2013 Författarna och SNS Förlag

Omslag och grafisk form: Michelsen text och form

Tryck: Åtta.45 Tryckeri AB, Solna 2013.

ISBN 978-91-86949-45-7

Innehåll

Förord 7 • Sammanfattning 9

1. VARFÖR ÄR DET ANGELÄGET ATT DISKUTERA EGENANSVAR INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN? 13
Den etiska plattformen och egenansvar 15 • Begreppet egenansvar och dess betydelse 16
2. PRIVAT FINANSIERING AV LÄKEMEDEL OCH ANNAN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I SVERIGE 19
Finansiering av hälso- och sjukvård i Sverige 19 • Finansiering av läkemedel i Sverige 21
3. HUR KAN VI BEDÖMA NÄR EGENANSVAR ÄR RIMLIGT? 26
Hälso- och sjukvårdens egenskaper 26 • Ramverk för att analysera egenansvar för finansiering av hälso- och sjukvård 28 – *Tillräcklig kunskap* 29 – *Individuell autonomi* 30 – *Externa effekter* 30 – *Tillräcklig efterfrågan* 31 – *Överkomligt pris* 32 – *Livsstilsförbättring* 33 • Ett beslutsstöd vid prioriteringar 35
4. ANALYS AV EGENFINANSIERING INOM LÄKEMEDELSOMRÅDET 38
Läkemedel för att sluta röka 38 • Vaccinationer 42 – *Vaccination mot fästingburen encefalit (TBE)* 42 – *Vaccination mot humant papillomvirus (HPV)* 42 • Statiner vid behandling av måttligt höga blodfetter 43 • Läkemedel vid avancerad cancer 49 • Läkemedelsnära produkter eller speciallivsmedel för vuxna 50 – *Glutenintolerans (Celiaki)* 53 – *Fenylketonuri (PKU)* 53 • Hur förhåller sig åtgärderna till varandra? 56
5. DISKUSSION OCH POLICYFÖRSLAG 58
Ramverket för bedömning av egenansvar för vård 59 • Den etiska plattformen och egenansvar 60 – *Människovärdesprincipen och egenansvar* 60 – *Behovs-solidaritetsprincipen och egenansvar* 61 – *Kostnads-effektivitet och egenansvar* 61 • Egenfinansiering och läkemedel 62
6. SLUTSATSER 65
REFERENSER 67
Författarna 70 • Referensgrupp 71 • Granskning 71

Förord

Innan nya läkemedel introduceras i vården görs en bedömning av deras värde. Denna bedömning baseras i huvudsak på resultat i kliniska prövningar. Men hur blir det när ett läkemedel används i verkligheten, av många olika patienter under lång tid? Vilka värden skapas då för den enskilda patienten, vården och samhällsekonomin? Om detta vet vi förvånansvärt lite. Innebörden är att många beslut som rör användning av läkemedel bygger på bristfällig kunskap. SNS forskningsprogram *Värdet av nya läkemedel* syftar till att påvisa vägar till en mer effektiv läkemedelsanvändning.

Arbetet bedrivs stegvis. I februari 2013 presenterades fem studier som undersökte värdet av läkemedel genom att utgå från olika terapiområden: bröstcancer, leukemi, diabetes, reumatoid artrit och höga blodfetter. För vart och ett av dessa områden gjordes empiriska studier för att dels utveckla och pröva analysmetoder, dels göra illustrativa beräkningar av viktiga läkemedels värden och kostnader. En gemensam ansats var att fånga värden över en längre tidsperiod, när läkemedlen använts i rutinsjukvården. En övergripande slutsats var att bristande uppföljning och kunskapsspridning kan medföra stora välfärd förluster när nya läkemedel inte används på ett optimalt sätt. Det kan gälla både under- och överanvändning. Studierna visade också hur vi i Sverige skulle kunna minska osäkerheten om värdet av nya läkemedel genom att bättre utnyttja våra omfattande registerdatabaser.

Föreliggande rapport är en av sex som går vidare genom att ta upp var sin specifik policyfråga: Vad betyder läkemedelsinnovationer ur ett övergripande perspektiv? Hur bör värdering, beslut och implementering av nya läkemedel gå till? Hur kan regionala skillnader i upptag och användning av läkemedel förklaras? Hur kan analyser av registerdata ge ny kunskap om läkemedelsrelaterad sjuklighet? Kan pragmatiska, registerbaserade prövningar i rutinsjukvården ge bättre uppföljningsinformation? För vilka slag av läkemedel vore det rimligt att patienten själv betalar?

De sex studierna presenteras under maj-oktober 2013. (Såväl dessa

som de tidigare rapporterna finns förtecknade i slutet av denna skrift). En sammanfattande slutrapport publiceras i november. Läs gärna mer på SNS hemsida: www.sns.se

Arbetet har kunnat genomföras tack vare ekonomiskt bidrag från följande företag, myndigheter och organisationer: AbbVie, Apotekar-societeten, Apoteket AB, AstraZeneca, HealthCap, Janssen-Cilag AB, LIF, Läke-medelsverket, Merck Sharp & Dohme, Pfizer, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholms läns landsting och VINNOVA.

Värdefulla synpunkter har lämnats av projektets referensgrupp. Ett särskilt tack framförs till för ändamålet utsedda granskare av preliminära rapportversioner. Varken granskarna eller referensgruppen ansvarar dock för studiernas innehåll. För analys, slutsatser och förslag svarar helt och hållet de olika studiernas författare. SNS som organisation tar inte ställning till dessa. SNS har som uppdrag att initiera och presentera forskningsbaserade analyser av viktiga samhällsfrågor.

Stockholm i september 2013

Göran Arvidsson

forskningsledare SNS

Sammanfattning

Samhällets ekonomiska resurser är begränsade och därför finns det ingen möjlighet att offentligt finansiera alla vårdtjänster som har en positiv effekt. Prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård är därmed ofrånkomlig. Ett sätt att göra detta på är att låta individen finansiera vissa produkter och tjänster direkt ur egen ficka. Gränsdragningen mellan det individuella och det offentliga ansvaret för finansiering av sjukvård är dock en komplex och politiskt känslig fråga, men den förtjänar likväl en öppen och konstruktiv diskussion. Vår utgångspunkt är att den svenska hälso- och sjukvården under överskådlig tid i huvudsak kommer att förbli offentligt finansierad, men vi konstaterar att en betydande andel av vården idag är privat finansierad. För att personer ska kunna ta ett eget ansvar för finansieringen krävs vissa förutsättningar. Det är därför viktigt att uppmärksamma var, när och hur det är rimligt att individen får ta ett eget ansvar för att finansiera sin vård, och när motsatsen gäller. Denna diskussion kan ta sin utgångspunkt i de etiska principer för prioriteringar som gäller i Sverige: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Det övergripande syftet med denna rapport är att analysera och diskutera grunden för egenansvar vid finansiering av vård. Syftet är också att presentera ett ramverk för att bedöma lämpligheten av egenfinansiering och applicera detta ramverk på läkemedelsområdet.

Ramverket består av sex kriterier/egenskaper kopplade till den specifika vårdinsatsen/produkten som bör vara delvis eller helt uppfyllda för att egenfinansiering ska bedömas som rimlig.

1. Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör vara sådan att flertalet individer har god förmåga att värdera behov och kvalitet både före och efter användning.
2. Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör främst utnyttjas av individer som kan betecknas som autonoma och reflekterande i sitt beslutsfattande.

3. Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör ge små positiva externa effekter.
4. Kostnaden för den aktuella vårdinsatsen/produkten bör vara överkomlig för de flesta som har behov av den.
5. Efterfrågan på den aktuella vårdinsatsen/produkten bör vara tillräckligt omfattande och regelbunden för att en privat marknad ska kunna uppstå.
6. Vårdinsatser/produkter som syftar till att förbättra prestationer, funktion eller utseende, utöver vad som anses normalt snarare än medicinsk nödvändigt, är mer lämpade för privat finansiering.

Sammanfattningsvis dras följande slutsatser i rapporten:

- Det finns idag en inte obetydlig mängd läkemedel som finansieras privat. Motiven för vad som finansieras privat eller offentligt är dock ofta oklara. Det finns också olikheter mellan landsting när det gäller finansiering av vårdtjänster och sjukvårdsprodukter.
- Det finns två huvudsakliga typer av egenansvar som kan beaktas vid prioriteringsbeslut: *Ansvar för egen hälsa* som fokuserar på individers tidigare hälsorelaterade livsstilsval. *Ansvar för egen vård* som fokuserar på vilka sjukvårdstjänster individer faktiskt klarar att ombesörja och finansiera själva.
- *Ansvar för egen vård* är den mest policyrelevanta formen av egenansvar eftersom det kan vara svårt att fastställa samband mellan beteende och ohälsa.
- Tillräcklig kunskap, individuell autonomi, externa effekter, tillräcklig efterfrågan, överkomligt pris och livsstilsförbättring är relevanta faktorer att beakta vid bedömning av egenfinansiering av läkemedel.

- Den form av egenansvar för finansiering som presenteras i rapporten är i hög grad förenlig med intentionerna i människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen.
- Det kan uppstå en konflikt mellan det presenterade ramverket och kostnadseffektivitetsprincipen när kostnadseffektiva läkemedel möjliggör egenansvar och därför med fördel kan finansieras privat trots en god kostnadseffektivitet.
- Mycket dyra läkemedel som inte är kostnadseffektiva är inte heller lämpliga för egenansvar. Samtidigt har samhället svårt att neka personer tillgång till verksamma läkemedel vid svår sjukdom. För att lösa detta dilemma bör man överväga möjligheten att samhället betalar för sådana läkemedel upp till den nivå där dessa bedöms kostnadseffektiva. Kostnaden därutöver skulle patienten kunna få möjlighet att finansiera själv. Sådana lösningar innebär antagligen en rad komplikationer som behöver utredas noga.
- För att egenansvar ska kunna tillämpas systematiskt och öppet vid prioriteringar behöver antagligen ett tidigare förslag från Socialstyrelsen till regeringen om att genomföra en översyn av den etiska plattformen aktualiseras på nytt.
- Det är angeläget att studera i vilken utsträckning privat finansiering leder till ökade skillnader i konsumtion och hälsa inom olika socio-ekonomiska grupper.
- Det finns inga perfekta lösningar för hur samhället ska dra gränsen för det offentliga åtagandet. Olika värden måste alltid balanseras mot varandra i syfte att uppnå en hälso- och sjukvård som är både rättvis och effektiv.

I.

Varför är det angeläget att diskutera egenansvar inom hälso- och sjukvården?

Nya läkemedel och andra medicinska innovationer bidrar till att göra oss friskare och förbättra välfärden i samhället. Medicinska innovationer bidrar också till att hälsobesvär som tidigare betraktades som naturliga med tiden medikaliserats i takt med att de kan behandlas. Eftersom samhällets ekonomiska resurser är begränsade finns det ingen möjlighet att offentligt finansiera alla de vårdtjänster som har en positiv medicinsk effekt. Detta skapar svårlösta problem för gränsdragningen mellan det individuella och det offentliga ansvaret för sjukvårdens finansiering. Vilka vårdtjänster är det rimligt att individen själv får ta ansvar för? Hur kan samhället skapa en både rättvis och effektiv tillgång till vård genom att kombinera det individuella och det offentliga ansvaret för att bekosta sjukvård? Den här rapporten kommer att presentera ett ramverk för att behandla den komplexa frågan om gränsdragningen mellan individens och samhällets ansvar för finansiering av hälso- och sjukvård. Vi kommer i rapporten att tillämpa detta ramverk på några exempel och föra en diskussion om individuellt ansvar kopplat till finansiering av läkemedel.*

Vår utgångspunkt är att den svenska hälso- och sjukvården under överskådlig tid kommer att förbli huvudsakligen offentligt finansierad, men konstaterar att en betydande andel av vården idag är privat finan-

* Vi vill tacka Clas Rehnberg, Fredrik Westander, Mikael Hoffmann, Ingemar Eckelund samt medarbetare på Prioriteringscentrum i Linköping för värdefulla synpunkter på tidigare versioner av denna rapport.

sierad. Tandvård för vuxna och korrigerande av milda till måttliga synfel med glasögon eller kontaktlinser är två typexempel där individen idag får ta stort ansvar för att efterfråga och bekosta sin egen vård. Inom läkemedelsområdet står det offentliga för merparten av de receptförskrivna läkemedlen medan individen själv betalar för läkemedel utan recept, samt de receptförskrivna läkemedel som Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutat inte ska ingå i det allmänna högkostnadsskyddet (läkemedelsförmånerna), och där hälso- och sjukvården inte genom undantagshantering tar över kostnadsansvaret. Dessutom betalar patienterna egenavgifter upp till gränsen för högkostnadsskyddet för de läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånen. Inom hjälpmedelsområdet fattas beslut om vilka hjälpmedel som ska subventioneras och vad de ska kosta i respektive landsting. Detta har resulterat i många exempel på skillnader i praxis mellan landstingen när det gäller gränsdragningen mellan det individuella och det offentliga ansvaret (se t.ex. Tinghög & Carlsson 2012). Ett exempel på läkemedel där olika landsting har olika subventionsregler är p-piller till unga kvinnor. Grunden för landstingens beslut, och därmed de geografiska skillnader som uppstått, är ofta oklara.

Från ett demokratiskt perspektiv är det viktigt att uppmärksamma var, när och hur det är rimligt att individen själv får ta ansvar för att finansiera den vård man tror sig ha behov av. Vi menar att det är viktigt att tydliggöra grunderna för dessa beslut. Hittills har den offentliga diskussionen om individuellt ansvar för att finansiera vård varit i det närmaste obefintlig. De försök som gjorts har ofta övergått i en annan fruktlös diskussion om huruvida rökare eller grupper som anses ha en osund livsstil ska »skylla sig själva« när de blir sjuka. Oavsett hur människor i allmänhet ställer sig till dessa frågor, är vår uppfattning att detta synsätt på egenansvar är både praktiskt och moraliskt tvivelaktigt. Det är orimligt att den offentliga vården ska kunna neka patienter i akut behov av vård insatser på grund av oaktsamma eller ogenomtänkta val tidigare i livet. En betydligt mer policyrelevant fråga att diskutera är egenansvar för finansiering kopplat till olika egenskaper hos specifika varor och vårdtjänster, och utifrån detta bedöma om dessa generellt lämpar sig för att bekostas offentligt eller privat.

I grunden är frågan om gränsdragningen mellan det offentliga och individuella ansvaret för finansiering inom hälso- och sjukvård en politisk fråga. Men sådana politiska överväganden bör ta sin utgångspunkt i etiska principer, som de är uttryckta i den etiska plattformen för prioriteringar, för att besluten i längden ska uppfattas som legitima av medborgarna.

Den etiska plattformen och egenansvar

Centralt i den svenska lagstiftningen är att alla ska tillförsäkras en god hälso- och sjukvård på lika villkor och fördelad efter behov. Detta innebär inte bara en allmän skyldighet för samhället att göra insatser för att bota sjukdom och förbättra hälsan, utan också ett kollektivt ansvar för att skydda människor från ekonomiska kostnader i samband med behandling av dålig hälsa.

Enligt 2 § i hälso- och sjukvårdslagen gäller följande: *Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.*

I syfte att kunna uppnå detta mål och skapa en så rättvis tillgång på hälso- och sjukvård som möjligt finns en så kallad etisk plattform för prioriteringar som riksdagen fattade beslut om 1997. Denna plattform består av tre principer: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

- Människovärdesprincipen föreskriver att alla individer har lika rättigheter till hälso- och sjukvård oavsett personliga egenskaper och funktion i samhället.
- Behovs-solidaritetsprincipen föreskriver att resurserna ska satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst. Solidaritet innebär inte bara lika möjligheter till vård utan också en strävan att utfallet av vården ska bli så lika som möjligt, det vill säga att alla ska nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet. Solidaritet innebär också att särskilt beakta behoven hos de svagaste.
- Kostnadseffektivitetsprincipen föreskriver att resurser bör användas på det mest effektiva sättet, utan att försumma grundläggande uppgifter om att förbättra hälsan och livskvaliteten för dem med stora behov.

Dessa tre principer är rangordnade så att människovärdesprincipen ska gå före behovs-solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen när principerna är i konflikt med varandra (Socialdepartementet 1996/97).

Prioriteringsutredningen, som utarbetade den etiska plattformen för prioriteringar, tog inte explicit ställning till en egenansvarsprincip men

tog kategoriskt avstånd från principen om självförvållad ohälsa som fördelningsgrund med följande argument:

1. När ett beteende inleddes, visste man kanske inget om dess skadlighet. Kunskap om vad som orsakar sjukdom ökar ständigt.
2. Det går ofta inte att särskilja orsaker som bottnar i livsstil och i ärftliga faktorer.
3. Skadliga beteenden förvärvas i regel tidigt under livet och har en komplex bakgrund.
4. Avgränsningen av vad som är skadlig livsstil och självförvållad sjukdom riskerar att bli godtycklig.
(Socialdepartementet 1995)

Denna invändning är kopplad till egenansvar för hälsa men är mindre relevant för egenansvar för vård som är huvudfokus i denna rapport. I ett tillägg till riktlinjerna uppmuntrar prioriteringsutredningen till att ta tillvara möjligheten till »egenvård«, vilket implicerar en tanke om individuell ansvar för vård.

Även om en fastslagen prioriteringsprincip om egenansvar saknas i Sverige finns det ett betydande utbud av hälso- och sjukvårdstjänster som individen finansierar direkt ur egen ficka, och som inte helt kan förklaras av någon av de befintliga vägledande principerna. En stor del av den vård som idag finansieras privat tillgodoser ett tydligt vårdbehov och är förmodligen kostnadseffektiv i många fall. Detta tyder på att även om ansvar för egen vård formellt saknar stöd som prioriteringsprincip, spelar den en roll i praktiken, både implicit och explicit, vid beslut om ransoner i den svenska hälso- och sjukvården (se t.ex. Blomquist & Jacobson 2011). Men eftersom beslut om avgränsningen mellan individens och det offentligas ansvar inom hälso- och sjukvården oftast skett i form av enskilda beslut, snarare än systematiska och transparenta prioriteringsarbeten, har dessa omständigheter varit oklara och resulterat i betydande olikheter inom landet.

Begreppet egenansvar och dess betydelse

Även om egenansvar från och till förekommer i den offentliga debatten om hälso- och sjukvård, saknas en gemensam syn på hur begreppet bör tillämpas på detta område. Det är förståeligt eftersom ansvar är ett komplext begrepp som kan tolkas på olika sätt beroende på sammanhang (se t.ex. Sahlin 2010). För att få en meningsfull diskussion om egenansvar i

prioriteringssituationer måste vi identifiera de centrala föreställningar om ansvar som finns och isolera dem som är relevanta ur ett hälsopolitiskt perspektiv.

Framför allt är det viktigt att tydligt skilja mellan *ansvar för hälsa* och *ansvar för vård*. Ansvar för hälsa fokuserar i detta sammanhang på livsstilsfaktorer och hälsorelaterade val tidigare i livet som bidragit till utvecklingen av sjukdom och ohälsa. Om en egenansvarsprincip som utgår från tanken om egenansvar för hälsa, skulle tillämpas i prioriteringssammanhang innebär det att samhället tillgodoser vårdbehov bortom individuell kontroll medan man implicit bestraffar personer som avsiktligt lever ohälsosamt. En i hög grad komplicerande faktor med ett sådant förhållningssätt är den osäkerhet som råder om huruvida personer som levt ohälsosamt faktiskt gjort ett frivilligt och välinformerat val. Vidare spelar det en stor roll vilka beslut föräldrar fattar för sina barns räkning under deras uppväxt. Det är också svårt att med säkerhet fastställa ett orsakssamband mellan beteende och ohälsa eftersom ärftliga faktorer ofta spelar in. Dessa praktiska svårigheter med att tillämpa egenansvar för hälsa angav Prioriteringsutredningen (Socialdepartementet 1995) som skäl för att inte ta hänsyn till egenansvar i den etiska plattformen.

I de flesta moralfilosofiska teorier om distributiv rättvisa ges dock begreppet egenansvar en central betydelse. Till exempel Rawls (1971) påpekar att självständiga individer bör ta ansvar för sin egen uppfattning om ett gott liv, vilket innebär att hur människor använder jämnt fördelade rättigheter och förutsättningar bör vara en fråga om egenansvar. Det innebär också att de ojämlikheter som uppstår till följd av detta bör betraktas som acceptabla. Detta förhållningssätt till ansvar och rättvisa, som ibland brukar benämnas *luck egalitarianism*, bygger på idén att individer endast bör ställas till svars för konsekvenserna av sina egna medvetna val medan samhället bör kompensera individer för ojämlikheter på grund av faktorer utanför den egna kontrollen (Arneson 1989, Cohen 1989).

Denna kontrollbaserade syn på begreppet ansvar har dock kritiserats, eftersom den skulle kunna leda till att samhället överger oäktsamma individer i prekära situationer (Anderson 1999). Dessutom har detta synsätt på ansvar för hälsa kritiserats för att vara för brett, då det kan utvidga samhällets ansvar bortom all rimlighet i praktiken. Exempelvis kan en person, som är missnöjd med utseendet på sin näsa och efterfrågar plastikkirurgi för att korrigera den, visserligen inte ha orsakat sin näsas ofördelaktiga utseende genom ett medvetet val, men det skulle vara orimligt att hävda att samhället ska utjämna alla hälsorelaterade ojämlikheter utanför individens kontroll.

Även sociala faktorer styr många av de »livsstilsval« som påverkar vår hälsa. Det finns en omfattande litteratur som visar att vår framtida hälsa i hög utsträckning styrs av den socioekonomiska tillhörighet som vi föds in i (t.ex. Marmot & Wilkinson 2006). I ett hälsopolitiskt sammanhang är därför begreppet *ansvar för hälsa* av liten praktisk betydelse, eftersom det är svårt att avgöra vilka hälsoval som faller inom vad man med säkerhet kan fastställa att en enskild individ har kontroll över.

Begreppet *ansvar för vård* handlar däremot mindre om konsekvenser av tidigare val i livet och fokuserar på den vård som berörda individer förmodas vara kapabla att hantera utan direkt offentligt engagemang och stöd. Inom ekonomisk välfärdsteori anses individuellt ansvar i allmänhet vara ett nödvändigt element för att begränsa omfattningen av det kollektiva ansvaret. Fördelningen av varor genom marknaden är det tydligaste exemplet där individer tar ansvar för den kombination av varor som de väljer för sin konsumtion.

I denna rapport diskuterar vi fortsättningsvis när det kan vara lämpligt att använda egenansvar för att motivera att enskilda individer själva får finansiera vissa hälso- och sjukvårdstjänster. Den praktiska tillämpningen av individuellt ansvar för hälso- och sjukvårdstjänster, som vi utforskar i rapporten, beror på om individer har eller inte har kognitiva, fysiska, ekonomiska och andra relevanta förmågor att utöva sitt ansvar och huruvida omgivningen kan skapa förutsättningar för den enskilde att faktiskt kunna ta ansvar i praktiken. Därför är egenskaperna hos specifika sjukvårdstjänster och funktionen hos en eventuell marknad för aktuella tjänster viktiga faktorer som måste analyseras.

Rapportens syfte är att analysera och diskutera grunden för egenansvar för finansiering av vård i Sverige och att sedan applicera detta resonemang på läkemedelsområdet. Vidare är syftet att bidra till en mer initierad debatt om egenansvar som inte enbart fokuserar på livsstilsval utan också tar hänsyn till att sjukvård består av en heterogen samling av tjänster och produkter som är mer eller mindre lämpliga för egenansvar.

2.

Privat finansiering av läkemedel och annan hälso- och sjukvård i Sverige

Finansiering av hälso- och sjukvård i Sverige

OECD:s statistik om hälso- och sjukvård i medlemsländerna innehåller uppgifter om de totala kostnaderna och om hur stor den privata finansieringsandelen av den totala hälso- och sjukvården är. Tabell 1 visar de generella trenderna för hälso- och sjukvårdens utgifter och finansiering från 2001 till 2010. Kostnaderna för hälso- och sjukvård i Sverige uppgick 2010 till drygt 318 miljarder kronor, vilket motsvarar 9,6 procent av bruttonationalprodukten (BNP). Dessa utgifter inbegriper den kommunala äldrevården, liksom receptfria läkemedel, tandvård och hjälpmedel av olika slag. Däremot ingår inte hushållens utgifter för hälsokost och alternativmedicin. Under de senaste tio åren har de totala utgifterna för hälso- och sjukvård ökat med 52 procent i fasta priser. Som andel av BNP har utgifterna under samma period ökat med 0,7 procentenheter.

Studerar man hur de totala utgifterna för hälso- och sjukvården fördelas mellan offentlig och privat konsumtion, framgår av tabell 1 att de offentliga utgifterna år 2010 stod för 81 procent medan 19 procent utgjordes av privata utgifter. Jämfört med andra länder på en likartad utvecklingsnivå som Sveriges är den privata andelen av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Sverige något mindre än genomsnittet. De privata utgifterna för sjukvårdsförsäkringar är fortsatt blygsamma i sammanhanget även om den privata sjukförsäkringsmarknaden växer. Enligt Världshälsoorganisationens Global Health Expenditure Database utgjorde utgifterna för privata sjukförsäkringar 1,2 procent av de totala

Tabell 1. Utgifter och finansiering av hälso- och sjukvården 2001–2010 (löpande priser).

	2001	2003	2005	2007	2009	2010
Totala utgifter hälso- och sjukvård (TU), miljarder kr	208	236	251	279	309	318
Totala utgifter hälso- och sjukvård (TU), % av BNP	8,9	9,3	9,1	8,9	9,9	9,6
Totala offentliga utgifter (TOU), % av TU	81,1	82,0	81,2	81,4	81,5	81,1
Totala privata utgifter hälso- och sjukvård (TPU), % av TU	18,9	18,0	18,8	18,6	18,5	18,9
Egenavgifter (<i>out-of pocket payment</i>), % av TPU	87,9	88,4	88,6	88,5	90,1	90,1
Totala utgifter läkemedel och medicinska produkter för privat bruk, % av TU	14,0	13,6	13,4	13,1	12,7	12,6

TU = totala utgifter, BNP = bruttonationalprodukt, TOU = total offentliga utgifter, TPU = totala privata utgifter.
Källa: OECD Health Data 2012.

hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige 2010 (WHO 2012). Ungefär 5 procent av svenskarna har någon form av privat sjukvårdsförsäkring. Oftast betalas de privata sjukförsäkringarna via arbetsgivaren, vilket gör att tillgången till privat försäkring är starkt beroende av arbetsgivare och inkomst. Privata sjukvårdsförsäkringar är vanligast bland högre tjänstemän i privata företag. Vårdbehovet hos dem med privat försäkring är dock oftast lågt vilket bidrar till att andelen som de privata sjukförsäkringarna bidrar med till de totala sjukvårdsutgifterna är små. Syftet med den typ av privata sjukförsäkringar som finns i Sverige är framför allt att få tillgång till vissa kvalitetsaspekter i vården, som kortare väntetider och tillgång till viss specialistvård.

Även om hälso- och sjukvården i Sverige i huvudsak är offentligt finansierad finns det betydande inslag av egenfinansiering inom vissa områden. Tabell 2 visar utgifter för olika hälso- och sjukvårdsändamål, uppdelat på offentliga utgifter och hushållens utgifter i form av egenfinansiering. Av tabell 2 framgår att det redan idag finns områden där det privata inslaget på finansieringssidan är större än det offentliga, exempelvis för terapeutiska hjälpmedel och tandvård. Men det finns också områden där den privata andelen är försvinnande liten, exempelvis inom slutenvård.

Tabell 2. Utgifter för hälso- och sjukvårdsändamål i Sverige 2001–2011 och andelen finansierad direkt av hushållen (löpande priser, miljarder kronor).

	2001	2005	2011*
Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster (totalt)	132	156	206
<i>Andel finansierad av hushållen</i>	14%	15%	15%
Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster (slutenvård)	52	66	81
<i>Andel finansierad av hushållen</i>	2%	2%	2%
Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster (öppenvård)	74	85	116
<i>Andel finansierad av hushållen</i>	24%	26%	25%
Tandvård	15	19	23
<i>Andel finansierad av hushållen</i>	67%	64%	60%
Läkemedel och andra medicinska förbrukningsartiklar	29	34	40
<i>Andel finansierad av hushållen</i>	37%	38%	42%
Receptförskrivna mediciner	22	25	29
<i>Andel finansierad av hushållen</i>	23%	22%	23%
Terapeutiska hjälpmedel	6	8	9
<i>Andel finansierad av hushållen</i>	68%	60%	62%

* Uppgifterna för 2011 är baserade på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna.
Källa: SCB 2013.

Finansiering av läkemedel i Sverige

Under 1990-talet ökade de sammantagna läkemedelskostnaderna i snabbare takt än vad kostnaderna för hälso- och sjukvård gjorde i stort. Detta bidrog till flera reformer inom läkemedelsområdet som skulle dämpa kostnadsutvecklingen, bland annat den så kallade generikareformen. Under den senaste tioårsperioden har också takten på kostnadsökningen för läkemedelsförbrukning dämpats. Kostnadsandelen för läkemedel och medicinska produkter av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden har varit tämligen stabil under perioden 2001–2010 och till och med minskat något, vilket syns på sista raden i tabell 1. Anledningen till den dämpade

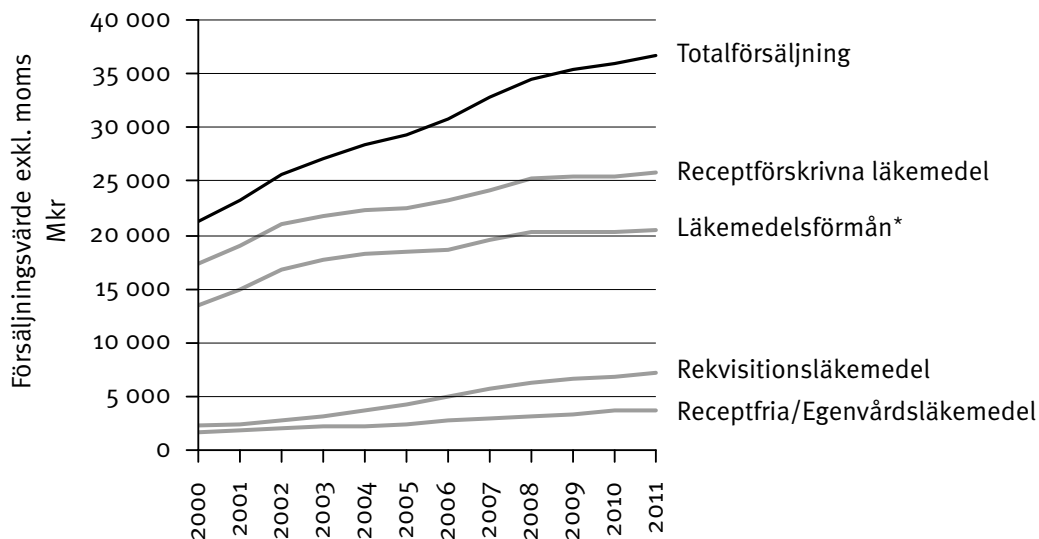
kostnadsutvecklingen anses vara en kombinerad effekt av de reformer som genomförts samt att ett antal läkemedelspatent upphört vilket kraftigt reducerat priset för dessa produkter. Dessutom har antalet nya läkemedel som introducerats för breda patientgrupper varit lägre än tidigare (Socialstyrelsen 2012). Egenavgifterna för läkemedel inom förmånen och sådana som patienterna betalar helt själva, till exempel receptfria läkemedel, har legat tämligen stabilt och fluktuerat mellan 2,5 och 3,5 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen 2012).

Läkemedel brukar delas upp i tre segment: *receptförskrivna läkemedel*, *receptfria läkemedel/egenvård* samt *rekvisitionsläkemedel*. Kostnaderna för receptförskrivna läkemedel täcks vanligtvis av läkemedelsförmånerna med tillhörande högkostnadsskydd. Detta är ett skydd mot höga kostnader för patienten som omfattar de flesta receptförskrivna läkemedel, men även vissa andra varor som förbrukningsartiklar för medicinska ändamål. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar om vilka läkemedel och andra produkter som ska ingå i förmånssystemet och om de ska vara förknippade med särskilda villkor. Om TLV beslutar att ett receptbelagt läkemedel inte ska ingå i förmånen innebär det att patienten får betala för läkemedlet helt och hållet själv. Om läkemedlet eller produkten ingår i läkemedelsförmånen innebär högkostnadsskyddet att den del av läkemedelskostnaden som patienten betalar själv minskar stegvis under en tolv månadersperiod när patienten kommer över ett visst fastställt belopp, som sedan den 1 januari 2012 är 1 100 kronor. Det högsta sammanlagda belopp en patient kan behöva betala under dessa 12 månader är 2 200 kronor.

Rekvisitionsläkemedel är läkemedel som främst används för patienter i slutenvård, men en mindre del administreras även till patienter vid öppna sjukhusmottagningar eller genom hemsjukvården. Rekvisitionsläkemedlen finansieras offentligt via landstingen som upphandlar dessa läkemedel hos läkemedelsföretagen.

Receptfria läkemedel kallas ibland för egenvårdsläkemedel eller OTC-läkemedel. De säljs via apotek och andra försäljningsställen, där uppgifter om patient/kund inte registreras, och de betalas helt av patienten/kunden.

Figur 1 redovisar utvecklingen av läkemedelskostnaderna fördelat på de tre läkemedelssegmenten under de senaste tio åren. Kurvan för totalförsäljning utgörs av den sammanlagda kostnaden för de tre läkemedelssegmenten. För receptförskrivna läkemedel visas både totalkostnaden och den andel som finansieras via läkemedelsförmånen. Skillnaden mellan kurvan för receptförskrivna läkemedel och läkemedelsförmå-



Figur 1. Läkemedelskostnadernas utveckling 2000–2011 (löpande priser).
Källa: Apotekens Service AB 2012.

nen representerar den andel av receptförskrivna läkemedel som finansieras direkt av hushållen genom egenavgifter** och egenfinansiering***.

Kostnaden för den speciella gruppen receptförskrivna läkemedel som inte ingår i förmånssystemet har ökat snabbare än kostnaderna för läkemedel inom förmånen under den senaste tioårsperioden. År 2002 utgjorde receptförskrivna läkemedel utanför förmånen cirka 2 procent av den totala förskrivningen på recept. År 2011 hade den andelen enligt Socialstyrelsens sammanställning stigit till knappt 7 procent**** (Socialstyrelsen

* Redovisningen av kostnaderna för läkemedelsförmånen är inklusive förbrukningsartiklar och livsmedel, men exklusive moms. Övriga avser enbart läkemedel (ATC kod A-V) inklusive moms. Så kallade smittskyddsläkemedel och rekvisition i öppenvården ingår inte i redovisningen.

** Avser de kostnader som betalas privat för receptförskrivna läkemedel inom ramen för högkostnadsskyddet.

*** Avser kostnader för receptförskrivna läkemedel som inte täcks av förmånen.

**** Här kan det möjligen finnas ett metodfel eftersom man måste skilja på hur receptförskrivna läkemedel utanför förmånen redovisas respektive betalas. Det sker receptförskrivning av läkemedel utan förmån som sedan faktureras landstingen. Det kan röra sig om vissa dyra läkemedel som annars skulle ha hanterats via rekvisition. Det förekommer också viss undantagshantering i landstingen för läkemedel som TLV nekat subvention, till exempel läkemedlet Kuvan för behandling av PKU.

2012). En del av förklaringen till denna utveckling tros vara att TLV i sina genomgångar exkluderat flera läkemedel från förmånen där det funnits andra billigare läkemedel med likvärdig effekt.

Som tidigare nämnts kan receptfria läkemedel och egenvårdsläkemedel sedan november 2009 köpas på andra ställen än apotek, till exempel livsmedelsaffärer och bensinstationer. År 2011 såldes 84 procent av de receptfria läkemedlen i Sverige via apotek medan övriga försäljningsställen stod för 16 procent. Det har emellertid skett en successiv försäljningsökning hos övrig handel. I tabell 3 presenteras försäljningen av receptfria läkemedel de senaste tre åren uppdelat på apotek och övrig handel.

Tabell 3. Försäljning (inkl. moms) av egenvårdsläkemedel 2009–2011 (löpande priser, miljoner kr).

År	Apotek	Övrig handel	Totalt
2009	4 148	130	4 278
2010	3 919	602	4 521
2011	3 870	740	4 610

Källa: Socialstyrelsen 2012.

Försäljningen av receptfria läkemedel på apotek domineras enligt Socialstyrelsens (2012) sammanställning av smärtstillande läkemedel (framför allt ibuprofen och paracetamol), fluorsköljning samt avsvällande nässpray. Även vitaminpreparat och läkemedel som används vid rökavvänjning efterfrågas i hög grad.

Sammanfattningsvis visar data att det redan idag finns ett betydande inslag av egenfinansiering av hälso- och sjukvård i Sverige. Detta är en utveckling som skett utan någon gemensam strukturerad diskussion om var gränsen mellan individens ansvar och samhällets ansvar för vård bör dras. Även om det finns en viss osäkerhet i statistiken över läkemedelsområdet är trenden att egenfinansieringen av receptförskrivna läkemedel ökar. Därför borde diskussionen om vad det är rimligt att individen ska ta ansvar för vara särskilt relevant inom just detta område. Trots att det i Sverige finns internationellt sett gott om deskriptiva data som rör hälso- och sjukvårdens finansiering saknas väsentlig information om

olika finansieringsformers effekter, som skulle kunna bidra till denna diskussion. Framför allt två frågor är särskilt angelägna att kartlägga i framtiden.

1. I vilken utsträckning leder privat finansiering till ökade skillnader i konsumtion av läkemedel och annan hälso- och sjukvård mellan olika grupper?
2. I vilken utsträckning leder mindre konsumtion av läkemedel och annan hälso- och sjukvård, till följd av privat finansiering, också till ökade skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper?

25

Den mest omfattande studien som tagit upp egenfinansiering/egenavgifters påverkan på konsumtionen av läkemedel är Rand Health Insurance Study (RAND) som genomfördes i USA mellan 1974 och 1982 (Leibowitz et al. 1985, Manning et al. 1988). I detta experiment fördelades 7 000 personer yngre än 62 år slumpvis till försäkringslösningar med olika nivå av egenfinansiering. Nivån på egenfinansieringen var 0, 25, 50 och 95 procent av kostnaderna. Alla personer var dock garanterade att den årliga kostnaden inte kunde överstiga 1 000 dollar per år. De personer som fick en försäkringslösning med en hög nivå av egenfinansiering komprimerades med en engångssumma. Resultaten från studien visade tydligt att läkemedelskonsumtionen minskade när den finansierades privat. Utgifterna för läkemedel var 24–42 procent mindre i grupperna med egenfinansiering jämfört med gruppen där tillgången var kostnadsfri. Inom ramen för RAND-studien genomfördes även studier som undersökte hur egenfinansiering av vård påverkade hälsan hos personerna (Brook et al. 1983, Ballit et al. 1985). På det stora hela syntes endast små effekter på hälsostatus till följd av egenfinansiering. De negativa hälsoeffekter som visade sig var att tandhälsa, blodtryck och synproblem försämrades.

Lundberg et al. (1998) genomförde en enkätstudie för att undersöka hur egenavgifter skulle påverka konsumtionen av läkemedel i olika socioekonomiska grupper i Sverige. Studien byggde på hypotetiska frågor. Resultaten visade att det var unga, och personer i de socioekonomiskt svagare grupperna, som angav att det var mest troligt att de skulle minska sin läkemedelskonsumtion om mer egenfinansiering infördes. Den angivna priskänsligheten var dock mycket olika för olika typer av läkemedel.

3.

Hur kan vi bedöma när egenansvar är rimligt?

Hälso- och sjukvårdens egenskaper

Hälso- och sjukvård består av en mängd tjänster och varor som på ett eller annat sätt syftar till att förbättra individers hälsa och funktionsförmåga. Det är dock inte frågan om en homogen grupp av varor och tjänster. Tvärtom finns det tjänster och varor med olika egenskaper när det gäller förutsättningar för individer att kunna ta ansvar för sin vård och som därför gör dem mer eller mindre lämpliga för privat finansiering.

När man diskuterar egenansvar för vård är det därför viktigt att beakta de egenskaper som skiljer sjukvård i allmänhet från andra varor och tjänster och som generellt gör fördelning genom marknadsmekanismer mindre lämplig. Detta kapitel tar sin utgångspunkt i dessa skillnader. Vi utvecklar ett ramverk för att bedöma när förutsättningarna för egenansvar är rimligt uppfyllda. Detta ramverk är en mer policyinriktad vidareutveckling av de tankar om egenansvar som presenterats i en tidigare artikel med titeln »Individual responsibility for what? – a conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system« (Tinghög et al. 2010).

Vad som särskiljer hälso- och sjukvård från andra tjänster och varor har varit ett återkommande ämne sedan 1950-talet då ekonomer på allvar började intressera sig för hälso- och sjukvården (Mushkin 1958, Arrow 1963, Culyer 1971, Pauly 1988, Hurley 2000). Fem centralt särskiljande egenskaper hos hälso- och sjukvård, jämfört med konsumtionsvaror i allmänhet, kan identifieras utifrån denna litteratur. Den första är att efterfrågan på hälso- och sjukvård är ett uttryck för efterfrågan på hälsa. Hälso- och sjukvård är helt enkelt ett av flera bidrag till produktionen av något gott, i detta fall hälsa (Grossman 1972, 2000). Vi kan därför tala

om en *indirekt efterfrågan* eftersom det egentligen inte är hälso- och sjukvård som efterfrågas utan hälsa. De flesta konsumtionsvaror genererar omedelbar nytta, medan konsumtion av hälso- och sjukvård ofta innebär ett visst besvär eller obehag för patienten innan bättre hälsa erhålls. På grund av besvär och obehag så undviker man att konsumera hälso- och sjukvård om man inte upplever ett behov av förbättrad hälsa.

Den andra egenskapen är den betydande *informationsasymmetrin* mellan patienter och vårdgivare där patienten generellt har ingen eller liten kunskap om alternativa åtgärder och deras effekter. I många situationer är också patientens förmåga att kunna fatta ett informerat beslut om sin vård nedsatt. En patient förväntar sig att en läkare agerar väsentligt annorlunda än säljare av konsumtionsvaror. Detta beror på att hälso- och sjukvård sällan existerar oberoende av sin produktion, vilket hindrar potentiella konsumenter från att värdera och testa en sjukvårdsinsats innan de faktiskt väljer att använda den. Patienten är också i stark beroendeställning till läkare (eller andra vårdyrkesgrupper) och ett gott förtroende i relationen är centralt, vilket innebär att läkaren bör framstå som engagerad i patientens välbefinnande. En sådan tillit som finns mellan patient och läkare förväntas normalt inte finnas mellan leverantör och köpare inom andra ekonomiska områden, åtminstone inte i samma utsträckning.

Vidare, eftersom medicinsk kunskap ofta är komplicerad, råder en asymmetrisk relation mellan konsumenten (patienten) och leverantören (läkaren) när det gäller att avgöra behovet av vård, alternativa åtgärder och möjliga konsekvenser av vården. Patienten har därför svårt att ifrågasätta den vård som ordineras (Weisbrod 1978, McGuire et al. 1988). I och med informationssamhällets framväxt har dock denna asymmetri antagligen minskat. Det finns idag större möjligheter för patienter att informera sig om olika behandlingsalternativ, exempelvis via internet. Tillsammans med en ökad utbildningsnivå i samhället har det bidragit till att patienter idag är mer ifrågasättande och delaktiga än vad de var för tjugo år sedan. För att betraktas som en välinformerad konsument i hälso- och sjukvården, bör patienten/brukaren ha en uppfattning om hur hälsotillståndet påverkas på längre sikt om man väljer eller avstår från att utnyttja en viss sjukvårdsinsats.

Den tredje egenskapen som skiljer hälso- och sjukvård från andra varor och tjänster är att både bedömningar av eventuella framtida behov av sjukvård och effekten av behandlingar ofta är förknippade med stor *osäkerhet om patientnytta på individnivå*. På vanliga marknader hanteras risker som kan innebära katastrofala följder för ekonomin (till exempel brand eller inbrott i hemmet) genom privata försäkringar. Men när det

gäller hälso- och sjukvårdsmarknaden försvåras en sådan lösning eftersom vissa personer vet med sig att de med stor säkerhet så småningom kommer att konsumera mycket hälso- och sjukvård, till exempel de som lider av kroniska sjukdomar eller permanent handikapp. När tillståndet är känt är sådana grupper omöjliga att försäkra på en privat försäkringsmarknad med försäkringstekniskt rättvisa premier. Därför krävs någon form av offentlig intervention (regleringar eller tvång) för att säkra finansieringen.

Den fjärde egenskapen är förekomsten av *positiva externa effekter*. En del vårdåtgärder, som förhindrande av smittsamma sjukdomar, kan individer som själva är drabbade dra viss nytta av, men den stora samlade positiva effekten faller på andra. I sådana situationer finns det skäl att utgå från att många personer inte efterfrågar adekvata vårdinsatser i den utsträckning som vore önskvärt från ett samhällsperspektiv. Denna typ av varor som samhället önskar producera i större mängder än vad de enskilda konsumenterna vill köpa till marknadspris kallas vanligtvis *merit goods* (Musgrave 1959).

Slutligen kan rådande *oregelbundenhet och oförutsägbarhet på efterfrågan* av vissa hälsovårdstjänster vara ett potentiellt problem när det handlar om att säkerställa ett tillräckligt omfattande utbud. Hälso- och sjukvård innefattar beredskap för olika katastroftillstånd och andra ovanliga akuta skeenden som kan påverka vårdefterfrågan temporärt.

Det är viktigt att notera att ingen av de egenskaper som beskrivs ovan är helt unik för hälso- och sjukvård. Tvärtom; det är relativt lätt att hitta andra typer av varor och tjänster förknippade med indirekt efterfrågan, asymmetrisk information, osäkerhet, externa effekter eller oregelbundenhet i efterfrågan. Däremot är förekomsten av alla av dessa egenskaper samtidigt relativt unik för hälso- och sjukvård.

Ramverk för att analysera egenansvar för finansiering av hälso- och sjukvård

När är det då rimligt ur ett rättviseperspektiv att införa egenansvar för finansiering av vård? Det kan handla både om vård som patienten/individen själv fattar beslut om och utför själv (egenvård) och vård som individen själv beslutar om men som någon annan utför. För att kunna avgöra detta krävs att man tar hänsyn dels till de marknadsimperfectioner som gör att en fungerande privat marknad för hälso- och sjukvård inte alltid uppstår, dels till de fördelningsaspekter som eventuellt finns

kopplade till en ojämlig tillgång på viss hälso- och sjukvård. Vi presenterar i detta avsnitt ett ramverk för att undersöka lämpligheten av privat finansiering i en i huvudsak offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Ramverket består av sex kriterier. Förekomsten av dessa hos den specifika varan/tjänsten kan användas för att avgöra om förutsättningarna för privat finansiering är helt eller delvis uppfyllda.

TILLRÄCKLIG KUNSKAP

Det första kriteriet kretsar kring de begränsningar för individuellt ansvar som är en följd av informationsasymmetrin mellan patienter och läkare eller andra vårdgivare. Privat finansiering av hälso- och sjukvård förutsätter att vi som konsumenter har förmåga att värdera nyttan av en åtgärd både före och efter konsumtion. De flesta andra varor och tjänster som fördelas på en marknad kan prövas, returneras eller göras om ifall de inte uppfyller sitt syfte. När det gäller tjänster kan man vid återkommande konsumtion byta till en annan producent om tjänsten inte uppfyller sitt syfte, till exempel byta till en annan restaurang eller en annan rörmokare om man är missnöjd med utfört arbete. Många sjukvårdstjänster är däremot av sådant slag att det är svårt att inhämta information om deras effekter i förväg eller att utvärdera utförandet av tjänsten i efterhand. Till exempel: en patient med cancer som genomgår cytostatikabehandling eller är i behov av akut livräddande behandling har liten förmåga att pröva olika behandlingar i förväg och få information om kvalitet och effekter. Många behandlingar är också förknippade med risker för allvarliga komplikationer. Följaktligen, om en läkare ger en patient rådet att genomgå en dyr behandling som han eller hon anser lämplig, skulle de flesta patienter inte vara i stånd att ifrågasätta detta råd.

Dessutom är många behov av medicinska åtgärder inte återkommande, utan har karaktären av sällanköpstjänster. Detta hindrar ofta vårdkonsumenter från att bygga upp en egen kunskap från tidigare erfarenheter. Samtidigt finns det också situationer i vården då patienter kan anses ha goda kunskaper om kvalitet och effekt av en eventuell användning. Vi har, till exempel, tämligen god insikt om vilket behov vi har och kan bedöma effekten när vi köper receptfria smärtstillande läkemedel eller när vi efterfrågar en rullator.

.....

Kriterium 1: Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör vara sådan att flertalet individer har god förmåga att värdera behov och kvalitet både före och efter användning.

INDIVIDUELL AUTONOMI

Det andra kriteriet fokuserar inte på den specifika tjänsten eller varan utan på förmågan hos den huvudsakliga patientgruppen att efterfråga och bedöma tjänsten. Vissa patientgrupper kan trots tillgång till adekvat information, på grund av bristande kognitiv förmåga eller låg autonomi, sakna möjlighet att efterfråga behandling som ligger i linje med deras eget bästa, när fördelning sker genom traditionella marknadsmekanismer. Fyra huvudsakliga patientgrupper vars autonomi och reflekterande kapacitet är nedsatt kan identifieras: I) Individer i behov av akut behandling är en grupp av »konsumenter« som ofta inte är i stånd att uttrycka genomtänkta åsikter rörande vilken typ av vård de är i behov av. II) Individer med permanent eller långvarigt bristande kognitiv förmåga. III) Individer med olika former av beroende kan på grund av problem med självkontroll ha svårigheter att agera i enlighet med sina egna långsiktiga behov. IV) Barn vars kognitiva och reflekterande egenskaper ännu inte till fullo utvecklats. I många fall kan dock föräldrar eller andra vuxna agera beslutsföreträdare.

Det är viktigt att notera att även om enskilda individer har en hög grad av individuell autonomi i sitt beslutsfattande, behöver inte detta nödvändigtvis innebära man inte påverkas av sin omgivning. I det här sammanhanget innebär individuell autonomi snarare kapacitet att fatta beslut som kan anses genomtänkta och reflekterande. Besluten kan fortfarande dock förefalla ogenomtänkta för andra. Att röka behöver exempelvis inte vara ett irrationellt eller ogenomtänkt val bara för att det stora flertalet tycker att det är ett dåligt val. Dessutom är det viktigt att poängtera att hälso- och sjukvårdstjänster som främst utnyttjas av patientgrupper med låg autonomi inte per automatik måste erbjudas gratis. Däremot bör tillhandahållandet av dessa hälso- och sjukvårdstjänster vara offentligt reglerade för att undvika exploatering av grupper som saknar förutsättningar att fungera som rationella konsumenter.

.....
 Kriterium 2: Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör främst nyttjas av individer som kan betecknas som autonoma och reflekterande i sina beslut.

EXTERNNA EFFEKTER

Det tredje kriteriet, positiva externa effekter, fokuserar på förekomsten och omfattningen av externa effekter i samband med konsumtion av hälso- och sjukvården. Individer, även om de agerar helt rationellt, väljer

inte alltid att konsumera sjukvård i den utsträckning som från samhällets perspektiv vore önskvärt om behandlingen medför stora positiva externa effekter, som faller helt eller delvis på andra än patienten själv. Typexemplet gäller insatser för att motverka spridning av smittsamma sjukdomar eller tvångsvård när personer med psykisk sjukdom riskerar att skada andra. Vid användning av läkemedel som gör det möjligt för individer att klara av sitt arbete genererar behandlingen positiva effekter för samhället i stort och inte enbart för enskilda konsumenter. Behandling med moderna biologiska läkemedel vid reumatoid artrit är ett sådant aktuellt exempel där behandling i många fall gör att patientens arbetsförmåga ökar. Av detta resonemang följer att behandlingar som är förenade med en låg grad av positiva externa effekter är mer lämpade för privat finansiering.

.....

Kriterium 3: Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör förknippas med små positiva externa effekter.

TILLRÄCKLIG EFTERFRÅGAN

Det fjärde kriteriet, tillräcklig efterfrågan, fokuserar på utbudet av varan eller tjänsten. En viktig aspekt är om efterfrågan är förutsägbar och har tillräcklig omfattning för att skapa ett utbud utan offentliga subventioner. Om en viss tjänst ska förväntas kunna finansieras privat, kan oregelbunden och oförutsägbar efterfrågan skapa problem med att säkerställa tillgänglighet. Det finns ofta en extern effekt kopplad till den trygghet som upplevs genom att samhället har beredskap för att kunna hantera sällsynta och oregelbundna sjukvårdsbehov. I vissa fall, om det finns möjligheter att lagerhålla en vara, innebär liten eller oregelbunden efterfrågan ett mindre problem för möjligheterna till egenansvar i slutledet. Många läkemedel uppfyller detta krav och kan säljas av återförsäljare i ett system med hög tillgänglighet, medan detta är generellt svårare för många andra hälso- och sjukvårdstjänster med liten eller oregelbunden efterfrågan, till exempel när det krävs specialkunnig sjukvårdspersonal. Sammanfattningsvis innebär detta att det kan finnas ett behov av att samhället tillhandahåller sådana tjänster och varor som möjliggör för individen att ta ansvar för sin vård i ett senare skede. Det kan ske genom att tjänsten produceras i offentlig regi men finansieras privat.

.....

Kriterium 4: Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör vara förknippad med en efterfrågan som är tillräckligt omfattande och regelbunden för att en kommersiell marknad ska kunna uppstå.

ÖVERKOMLIGT PRIS

Det femte kriteriet, överkomligt pris, förutsätter att utgiften inte ska vara större än att den kan betalas av de flesta individer i målgruppen. Eftersom förmögenheter och inkomster fördelas ojämnt i alla samhällen är det svårt att definiera en entydig gräns för vad som utgör ett överkomligt pris för olika produkter och tjänster som är giltigt för alla. Men om samhället vill begränsa effekterna av en ojämn inkomstfördelning på tillgång till hälso- och sjukvård, så är priset för en viss vara eller tjänst, eller snarare total kostnad för individen, en viktig aspekt som påverkar individens förutsättningar att kunna ta ansvar och därmed också lämpligheten av privat finansiering.

Under hösten år 2012 aktualiserades frågan om vad som kan anses rimligt att betala själv när privat finansiering av abirateron (Zytiga) vid behandling av prostatacancer uppmärksammades (Hake 2012, Bergh & Damberg 2012). Frågan gällde om det är rimligt att patienter erbjuds att själva betala en läkemedelsbehandling som kostar cirka 30 000 kronor per månad, när TLV och landsting hade sagt nej till att bekosta läkemedlet offentligt på grund av låg kostnadseffektivitet. En sådan lösning skulle innebära att patienter har olika förutsättningar att få tillgång till läkemedlet. Samtidigt kan inte ett högt pris för ett läkemedel per automatik innebära offentlig finansiering eftersom det skapar oönskade incitament för privata aktörer att höja priserna. I de fall det råder monopol på marknaden på grund av exempelvis läkemedelspatent blir priserna av naturliga skäl ofta initialt höga och därför måste kostnadseffektivitet vara en av flera aspekter som vägs in vid subventionsbeslut. Tillgången på läkemedel som inte är kostnadseffektiva blir därför beroende av individers förmåga att betala.

Ett fungerande välfärdssystem kräver därför arrangemang som skyddar individer mot ekonomiskt icke hanterbara sjukvårdskostnader. Om inte ett sådant högkostnadsskydd, kopplat till nödvändig vårdkonsumtion, existerar kommer många människor att drabbas av katastrofalta höga utgifter, vilket strider mot den centrala målsättningen i hälso- och sjukvårdslagen – »vård på lika villkor för hela befolkningen«.

Vad är då ett överkomligt pris? Det har att göra med betalningsförmåga, vilket närmast innebär att den potentiella köparen har tillräcklig betalningsförmåga för ett inköp. Det senare kan saknas även om nyttan överstiger kostnaden, det vill säga att det finns en betalningsvilja. Inom ekonomi motsvaras ett »rimligt« pris, i begreppslig mening, av en situation där nyttan för en vara eller tjänst överstiger kostnaden, vilket är något helt annat. Det är därför viktigt att särskilja ett »överkomligt«

pris från ett »rimligt« pris. Att avgöra vad som är ett överkomligt pris för enskilda individer är kanske möjligt utan större svårighet. Men eftersom betalningsförmågan skiljer sig från individ till individ är det desto svårare att avgöra vad som är ett överkomligt pris när man talar om hela befolkningen eller grupper i befolkningen. Det är därför praktiskt svårt att operationalisera vad som avses med ett överkomligt pris i hälso- och sjukvårdssammanhang. Det blir således en politisk och högst normativ uppgift att bestämma vad som ska anses vara ett överkomligt pris för hela befolkningen eller särskilda grupper, och sedan utarbeta system för att undvika att behoven hos dem med sämst betalningsförmåga blir eftersatta. En rimlig utgångspunkt för att definiera »överkomligt pris« är att utgå från de högkostnadsnivåer som är politiskt fastställda. Inom läkemedelsförmånen är den högsta kostnad som det anses rimligt att individen ska betala själv för receptbelagda läkemedel 2 200 kronor under en tolv månaders-period*. Naturligtvis spelar storleken på de totala utgifterna för hälso- och sjukvård, tandvård etc. roll för enskilda individer, vilket komplicerar frågeställningen.

.....
 Kriterium 5: Den aktuella vårdinsatsen/produkten bör vara förknippad med en utgift som är överkomlig för de flesta i behov av insatsen.

LIVSSTILSFÖRBÄTTRING

Det sjätte kriteriet, livsstilsförbättring, skiljer sig till viss del från de andra kriterierna inom ramverket eftersom det fokuserar på vad som behöver vara privatfinansierade tjänster för att undvika överkonsumtion, som i sig kan hota den ekonomiska hållbarheten i offentliga hälso- och sjukvårdssystem. Detta handlar vanligtvis om hälso- och sjukvård som inte rör behandling av sjukdom eller skada i vanlig bemärkelse, som kosmetiska eller prestationshöjande behandlingar. Dessa typer av behandlingar har ofta uteslutits från den offentliga finansieringen på grund av att de erbjuder förbättringar utöver vad som betraktas som normal hälsa, till exempel normalt utseende eller funktionsförmåga, snarare än att möta grundläggande behov. Huruvida elitidrottare med höga behov och krav på tillgänglighet och rehabilitering ska ges förtur till offentlig finansierad

* Maxbeloppen för högkostnadsskydd för olika typer av vård är: öppen sjukvård, sjukvårdande behandling och viss tandvård 1 100 kronor; läkemedel 2 200 kronor; tekniska hjälpmedel 2 000 kronor samt sjukresor 1 400 kronor.

vård eller få betala för extraordinära insatser diskuteras ibland i detta sammanhang. Vi kallar detta för livsstilsförbättrande behandlingar, eftersom förbättringen eller förändringen i vissa fall (dock inte alla) kan uppnås på naturlig väg, utan medicinsk behandling, genom ökad personlig ansträngning.

Efterfrågan på livsstilsförbättrande behandlingar begränsas sällan naturligt om behandlingarna tillhandahålls utan kostnad. De riskerar därför att urholka det offentliga systemet. Det finns också en etisk dimension kopplad till att det är problematiskt om samhället stimulerar konsumtion av några av dessa vårdtjänster/tjänster, till exempel olika former av kosmetisk kirurgi eller prestationshöjande preparat. Följaktligen är läkemedel som är kopplade till livsstilsförbättring mer lämpade för privat finansiering än sådana som används för behandling av sjukdom och skada.

.....

Kriterium 6: Vårdinsatser/produkter förknippade med »livsstilsförbättringar« snarare än med medicinsk nödvändighet är mer lämpade för privatfinansiering.

Det är dock inte alltid möjligt att nå enighet om vilka tjänster som bör betraktas som livsstilsförbättring eftersom vad som anses vara »normalt« eller ett grundläggande behov starkt påverkas av sociala och kulturella normer som förändras över tiden. Den debatt som följde av TLV:s (dåvarande LFN) beslut att avslå subvention för läkemedel vid erektil dysfunktion är ett exempel på denna svårighet. Regeringsrätten angav i sin dom, efter överklagande från det marknadsförande företaget, att erektil dysfunktion i alla stadier inte är av en sådan angelägenhetsgrad jämfört med andra sjukdomar att en generell subvention är skälig.*

* TLV:s (tidigare LFN) beslut stödde sig i stor utsträckning på att det inte fanns praktiska möjligheter att avgränsa behandlingen till patienter med svår erektil dysfunktion (ED). Trots att behandling i denna patientgrupp hade kunnat vara kostnadseffektiv och etiskt försvarbar så hade hela användningen inte kunnat vara det. Regeringsrätten hade också detta som bakgrund, men stödde sig i större utsträckning på angelägenhetsgrad. »Diagnosen ED kan delas in i lindrig, måttlig och svår (fullständig). Det är således fråga om en vid diagnos som kan omfatta mycket varierande grader av lidande. Regeringsrätten finner inget stöd för att frågå LFN:s bedömning att, vid en avvägning enligt nyss nämnda prioriteringsriktlinjer, sjukdomen ED i sig inte kan anses ha sådan angelägenhetsgrad i förhållande till andra sjukdomar inom prioriteringsgruppen att en generell subvention är skälig.«

Exempelvis hjälpmedel för fritidsaktiviteter anses inte vara medicinskt nödvändiga utan används snarare för att förbättra livskvaliteten, vilket gör att en naturlig begränsning av efterfrågan saknas om de tillhandahålls fritt. Var gränsen för offentligt och individuellt ansvar bör gå när det gäller åtgärder som syftar till livsstilsförbättring kan också skilja sig åt mellan konsumentgrupper. Äldre människor, till exempel, har en sämre normal hälsa än yngre. En sjukvårdsinsats som syftar till att öka rörligheten hos en ung person kanske uppfattas som adekvat, medan samma insats skulle kunna ses som mer tveksam för en 80-åring, som rimligtvis inte kan förvänta sig ha samma nivå på rörligheten.

Vilken typ av förebyggande åtgärder som ska betecknas som livsstilsförbättrande blir i detta sammanhang särskilt svårbedömt. En person som har en viss risk för att bli sjuk är inte i begreppslig mening sjuk. Ändå är förebyggande vård en central del av den moderna sjukvården och inte något som per automatik bör uteslutas från den offentliga finansieringen. Det är därför viktigt att reflektera över vad som är en normal respektive onormal risk för sjukdom. Att ha liten risk för sjukdom betraktas i allmänhet som normalt och begränsningar av vissa små risker kan därför betraktas som livsstilsförbättrande behandling. Frågor om vad en livsstilsförbättrande behandling är innehåller, i likhet med kriteriet överkomligt pris, starka politiska och normativa element som är föränderliga över tid och behöver därför kontinuerligt diskuteras.

Ett beslutsstöd vid prioriteringar

För att pröva ramverket i praktiken krävs en precisering av de sex kriterierna som presenterats i generella termer. I tabell 4 har vi exemplifierat tre nivåer för de sex kriterierna. Skalan sträcker sig från 1 till 3, där 1 betyder låg lämplighet för egenansvar för finansiering och 3 indikerar hög lämplighet för egenansvar för finansiering. Trots att vi är medvetna om att de olika kriterierna antagligen har olika vikt har vi valt att använda ett poängsystem. Poängsummorna bör därför inte tolkas alltför strikt, men vi tror trots allt att poängberäkningen kan vara till hjälp för beslutsfattare.

Tabell 4. Gruppering av egenskaper på en skala från 3 (hög) till 1 (låg) som beskriver hur väl olika kriterier för egenfinansiering är uppfyllda.

Kriterium	Hög (3)	Måttlig (2)	Låg (1)
<i>1. Tillräcklig kunskap</i>	Personer kan, utan medicinsk expertis, bedöma behovet, kvalitet och effekt av att använda tjänsten.	Personer kan, utan medicinsk expertis, bedöma behovet, men inte kvalitet eller effekt av att använda tjänsten.	Personer kan inte utan medicinsk expertis, bedöma behovet, kvalitet och effekt av att använda tjänsten.
<i>2. Individuell autonomi</i>	Den grupp av personer till vilka tjänsten främst riktar sig är i stånd att fatta beslut som kan betecknas som rationella och välmotiverade.	En betydande andel, men inte de flesta, av den grupp av personer till vilka tjänsten främst riktar sig är inte i stånd att fatta beslut som kan betecknas som rationella och välmotiverade.	På grund av deras hälsotillstånd, är den grupp av personer till vilka tjänsten främst riktar sig inte i stånd att fatta beslut som kan betecknas som rationella och välmotiverade.
<i>3. Externa effekter</i>	Den positiva effekten av utnyttjande faller främst på den enskilda användaren. Ingen eller liten positiv effekt faller på omgivning och samhället i stort.	Den positiva effekten av utnyttjande faller på både individen som använder tjänsten och på omgivning och samhället i stort.	Den positiva effekten från utnyttjande faller främst på andra än den enskilda användaren.
<i>4. Tillräcklig efterfrågan</i>	Efterfrågan är av sådan storlek och regelbundenhet att det finns eller är troligt att ett tillräckligt utbud av tjänsten för privat konsumtion skapas.	Efterfrågan är regelbunden och förutsägbar. Men storleken på efterfrågan och möjligheten till lagerhållning är liten, vilket kan begränsa möjligheten att erbjuda tjänsten i glesbefolkade områden.	Efterfrågan är så liten och oregelbunden att det är osannolikt att ett tillräckligt utbud av tjänsten för privat konsumtion kan skapas utan offentlig subventionering.
<i>5. Överkomligt pris</i>	Årlig kostnad < 1 000 kronor.	Årlig kostnad 1 000–2 000 kronor.	Årlig kostnad > 2 000 kronor.
<i>6. Livsstilsförbättring</i>	Tjänsten är primärt förknippad med förhöjd livskvalitet och syftar i ringa grad till att förebygga, bota eller lindra sjukdom.	Tjänsten är förenad med ringa smärta eller annat obehag och syftar till att förebygga, bota eller lindra sjukdom.	Tjänsten är förenad med påtaglig smärta eller annat obehag och syftar till att förebygga, bota eller lindra sjukdom.

Kriterierna i tabell 4 har i en tidigare undersökning tillämpats för att klassificera hjälpmedel* (Tinghög & Carlsson 2012). I denna undersökning hade sådana hjälpmedel som ofta finansieras offentligt de högsta genomsnittliga poängen men skillnaden var liten. Den största skillnaden i graderingen mellan olika hjälpmedel gällde för kriterierna »överkomligt pris« och »livsstilsförbättring«. Emellertid visade undersökningen sammantaget en liten skillnad mellan de olika hjälpmedlen avseende »tillräcklig kunskap« och »individuell autonomi«, där klassificeringen indikerade att hög lämplighet för egenansvar gällde för nästan alla hjälpmedel i undersökningen. Det presenterade ramverket är konstruerat för att analysera hälso- och sjukvård i vid mening, och inte enbart hjälpmedel. Detta kan vara en bidragande orsak till varför inga stora skillnader mellan privat och offentligt finansierade varor och tjänster visades i studien av hjälpmedel.

* Jämfört med den tidigare studien om hjälpmedel har kriterierna omformulerats något i denna rapport.

4.

Analys av egenfinansiering inom läkemedelsområdet

Vårt primära syfte är att utifrån ramverket göra en bedömning av rimligheten för egenansvar för finansiering. Var den faktiska gränsen mellan privat och offentlig finansiering bör dras i enskilda fall kan bara avgöras när de ekonomiska och resursmässiga förutsättningarna är kända. Ett sekundärt syfte är att pröva om det går att använda ramverket som ett stöd för prioriteringsdiskussioner. Detta gör vi med hjälp av ett antal exempel på läkemedel eller läkemedelsnära produkter. Exempelen är valda för att illustrera och pröva ramverket, inte för att ta fram förslag på produkter och tjänster som bör bli föremål för privat finansiering.

Läkemedel för att sluta röka

Det finns flera olika produkter som syftar till att underlätta för individer som vill sluta röka. Bland annat finns nikotinersättningsmedel i form av nikotinplåster, nikotintuggummi och nässpray. Ingen av dessa produkter ingår i läkemedelsförmånerna och är därmed inte heller offentligt subventionerade. Däremot finansieras läkemedlen bupropion (Zyban) och vareniklin (Champix), som används för rökavvänjning, via läkemedelsförmånen. Båda dessa läkemedel kan ordinerars av läkare när patienten redan prövat andra, privat finansierade alternativ för att sluta röka utan att lyckas. En utredning som TLV genomfört visar att den vanligaste behandlingstiden för Champix är 12 veckor som också producenten rekommenderar. Priset för Champix vid 12 veckors behandling är cirka 2 000 kronor.

Läkemedelsförmånsnämnden (nuvarande TLV) behandlade 2006 en

ansökan om offentlig subvention av nikotinplåster (Nicorette) men avslag denna. Nämnden motiverade beslutet på följande sätt:

Det är enligt Läkemedelsförmånsnämndens mening realistiskt att utgå från att nikotinplåster generellt används mycket brett även av personer som kan ha en måttlig grad av nikotinberoende och som inte av medicinska skäl omedelbart måste sluta röka. Även för rökare i denna senare kategori är givetvis försök att sluta röka av värde. Men subventionering av denna användning måste ställas i relation till subventionering av läkemedel för behandling av patienter med en hög grad av lidande och funktionsnedsättning. Härtill kommer att företaget inte har visat att Nicorette depåplåster har ett medicinskt mervärde jämfört med receptfria nikotinplåster som ingår i egenvård.*

39

Med andra ord, nämndens skäl till avslag var behovets låga akutgrad och det faktum att liknande produkter redan salufördes som egenvårdsprodukter. Priset för nikotinplåster i egenvård är 20–30 kronor per dag, beroende på styrka och fabrikat. Den årliga kostnaden varierar naturligtvis med längden på användningen. Vid 12 veckors användning blir kostnaden omkring 2 000 kronor. Antagligen minskar samtidigt kostnaden för andra tobaksvaror. I bästa fall leder åtgärden till rökstopp. Besparingen för den enskilde kan i sådana fall vara betydande och dessutom innebära bättre livskvalitet på sikt, när inledande besvär försvinner och eventuell framtida sjukdom relaterad till rökningen undviks.

I tabell 5 jämför vi nikotinplåster och läkemedelsbehandling utifrån kriterierna i ramverket, det vill säga vilka egenskaper de olika tjänsterna eller produkterna har med avseende på deras lämplighet för egenansvar när det gäller finansiering.

* Citatet är hämtat från TLV:s hemsida 16 september 2013 och avser Beslut om nikotinplåster 16 november 2006, <http://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/avslag-uteslutningar/nicorette-far-avslag-pa-subvention/>

Tabell 5.
Bedömning av egenansvar för finansiering: läkemedel vid rökavvänjning.

Kriterium	Egenvård (nikotinplåster)	Läkemedel på recept
<i>Tillräckliga kunskaper</i>	Personer kan, utan medicinsk expertis, bedöma behovet, kvalitet och effekt av att använda tjänsten. (3)	Personer kan, utan medicinsk expertis, bedöma behovet men inte kvalitet eller effekt av att använda tjänsten. (2)
<i>Individuell autonomi</i>	Den grupp av personer till vilka tjänsten främst riktar sig är i stånd att fatta beslut som kan betecknas som rationella och välmotiverade. (3)	En betydande andel, men inte de flesta, av den grupp av patienter till vilka tjänsten främst riktar sig är inte i stånd att fatta beslut som kan betecknas som rationella och välmotiverade. (2)
<i>Externa effekter</i>	Den positiva effekten av utnyttjande faller på både individen som använder tjänsten, och på omgivningen och samhället i stort. (2)	Den positiva effekten av utnyttjande faller på både individen som använder tjänsten, och på omgivningen och samhället i stort. (2)
<i>Tillräcklig efterfrågan</i>	Efterfrågan är av sådan storlek och regelbundenhet att det finns eller är troligt att ett tillräckligt utbud av tjänsten för privat konsumtion skapas. (3)	Efterfrågan är av sådan storlek och regelbundenhet att det finns eller är troligt att ett tillräckligt utbud av tjänsten för privat konsumtion skapas. (3)
<i>Överkomligt pris</i>	Årlig kostnad > 2 000 kronor. (1)	Årlig kostnad > 2 000 kronor. (1)
<i>Livsstilsförbättring</i>	Tjänsten är primärt förknippad med förhöjd livskvalitet och syftar i ringa grad till att förebygga, bota eller lindra sjukdom. (3)	Tjänsten är förenad med ringa smärta eller annat obehag och syftar till att förebygga, bota eller lindra sjukdom. (2)
<i>Sammanvägd lämplighet</i>	15	12

Kommentar

I båda fallen kan patienten bedöma behovet av kortsiktig effekt av »behandlingen«. Effekten på lång sikt är dock osäker i båda fallen. Det är dock en skillnad mellan alternativen när det gäller att värdera risken för biverkningar. Det har t.ex. förekommit fall av depression och självmordsförsök hos patienter som använt de aktuella receptbelagda läkemedlen.

Skillnaden i autonomi mellan målgrupperna för de två alternativen är antagligen liten. De receptbelagda läkemedlen ska endast användas i andra hand vid svårare rökberoende, vilket talar för att dessa personer möjligen är något mindre kapabla att agera i enlighet med sina långsiktiga preferenser.

Effekten av att rökare slutar röka innebär en betydande vinst för omgivningen tack vare mindre indirekt exponering. På lång sikt kan kostnaderna för vård och sjukfrånvaro minska, även om skatteinkomsterna också minskar. Andra kostnader som ökar på grund av längre liv är svåra att värdera.

I båda fallen är efterfrågan tillräckligt omfattande och regelbunden för att en marknad ska kunna uppstå.

Kostnaden för läkemedlet Champix är drygt 2 000 kronor för 12 veckors behandling. Kostnaden för nikotinplåster under 12 veckor är densamma. Kostnaden kan ställas i relation till vad personer betalar för cigaretter. Då framstår kostnaden mer överkomlig eftersom den motsvaras av en kostnadsminskning i form av minskad konsumtion av cigaretter eller annan tobak. Om man skulle ta det som utgångspunkt vid värdering av kostnad för individen så skulle båda alternativen klassas som Hög lämplighet.

Ingen av produkterna är förenad med påtaglig smärta eller annat obehag. Fri tillgång till nikotinplåster skulle kunna leda till överkonsumtion av produkterna bland personer som inte har för avsikt att sluta röka.

Givet vår klassificering visar de sammanvägda resultaten en liten skillnad mellan alternativen. Skillnaden består i att de som använder läkemedel antagligen är mer beroende av sin rökning och därmed har något sämre förutsättning att fatta ett rationellt beslut samt att det finns viss risk för allvarliga biverkningar vid läkemedelsbehandling som konsumenten kan vara ovetande om.

Vaccinationer

VACCINATION MOT FÄSTINGBUREN ENCEFALIT (TBE)

Fästingburen encefalit (hjärninflammation) TBE, orsakas av ett virus och överförs genom fästingbett. I Sverige får cirka 200 personer diagnosen TBE varje år. Enstaka dödsfall i TBE förekommer. Av de vuxna som infekteras får ungefär var tredje långvariga eller bestående men. Eftersom viruset kan ge en svår infektion i hjärnan och nervsystemet rekommenderas personer som ofta vistas i riskområden att vaccinera sig. Det krävs flera doser för ett fullgott skydd. Enligt telefonrådgivningen 1177 rekommenderas att två doser tas det första året. Den andra dosen ges cirka en månad efter den första. Ett år senare ska ytterligare en dos ges, vilket ger skydd under tre år. Därefter rekommenderas en dos vart femte år. Kostnaden per vaccinationstillfälle, det vill säga det pris patienten betalar är 400–500 kronor.

VACCINATION MOT HUMANT PAPILLOMVIRUS (HPV)

Humant papillomvirus (HPV) är ett vårtvirus. De allvarligaste typerna kan orsaka cancer, bland annat livmoderhalscancer. Viruset kan också orsaka vårtor på händer, fötter eller könsorganen (kondylom). Det finns två godkända vaccin i Sverige (Gardasil och Cervarix), som helst ska ges före sexualdebut för att ge ett fullgott skydd. Båda vaccinen, om de ges innan man smittats, skyddar mot de två vanligaste typerna av HPV – typ 16 och 18. Gardasil skyddar även mot HPV typ 11 och 6 som orsakar kondylom. Vaccination mot HPV ingår i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn, vilket innebär att flickor i 11–12-årsåldern erbjuds kostnadsfri vaccination i skolan. Landstingen erbjuder vaccination även till äldre flickor i åldern 13–18 år (flickor födda efter 1/1 1993). Även denna utvidgade vaccination är kostnadsfri (SKL 2012). Dessa vaccinationer genomförs i olika takt i landet. För kvinnor upp till och med 26 år som vill vaccinera sig ingår vaccinationen i högkostnadsskyddet för läkemedel. Vaccinatio-

nen kostade år 2011 1 750–2 700 kronor, beroende på vilket av de två vaccinen man väljer (Cancerfonden 2013). Dessutom kan kostnaden för sjukvårdsbesöket tillkomma. Pojkar och män som vill vaccinera sig får betala hela kostnaden själva. I tabell 6 jämförs de två typerna av vaccination med avseende på våra kriterier.

Vaccination mot HPV är något mindre lämplig än vaccination mot TBE för privat finansiering eftersom den företrädesvis riktas till barn med låg autonomi och innebär något större positiva externa effekter.

Statiner vid behandling av måttligt höga blodfetter

Statiner används vid behandling av blodfetterrubbingar och syftar till att minska risken för åderförkalkning (ateroskleros). Blodfetterrubbingar är vanligt i befolkningen. I högre åldersgrupper är andelen personer med blodfetterrubbingar större än i yngre åldersgrupper. Statiner är den grupp läkemedel som dominerar försäljningen av blodfettssänkande läkemedel. En mindre vanlig biverkan är sömnlöshet. Exempel på sällsynta biverkningar är illamående och diarré. Även muskelsmärter förekommer: Myopati är en allvarlig muskelsjukdom som drabbar 5–11 personer årligen per 100 000 behandlade patienter (TLV 2009). Statiner rekommenderas till patienter med hög risk för hjärt-kärlsjukdom, men även individer med låg risk har nytta av behandlingen som primärprevention.

I England beslutade The Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency år 2004 att simvastatin i styrka 10 mg skulle få säljas som en egenvårdsprodukt. Inköp av simvastatin kräver dock att apotekare konsulteras (Meek 2005).

I en ledare i den vetenskapliga tidskriften *Lancet* diskuteras ämnet och olika argument för varför statiner inte bör säljas som egenvårdsprodukt framförs. Ett argument mot att göra statiner till egenvårdsprodukt är att aggressiv direktreklam kan leda till att fler personer efterfrågar statiner och då även sådana patienter som vill ha dem förskrivna av läkare (det vill säga offentligt finansierat). Det skulle kunna leda till en felaktig prioritering av hälso- och sjukvårdens resurser genom onödiga läkarbesök och ökade kostnader för läkemedelsförmånen för patienter som normalt inte skulle ha bedömts ha behov av statinläkemedel (Malik 2004). En annan kritik mot beslutet i England gällde att statin inte var utprovat för den tänkta användningen som receptfritt läkemedel. Det har

Tabell 6.
Bedömning av
lämplighet av
egenansvar för
finansiering:
vaccinationer.

Kriterium	Vaccination mot TBE	Vaccination mot HPV
<i>Tillräcklig kunskap</i>	Personer kan, utan medicinsk expertis, bedöma behovet, men inte kvalitet eller effekt av att använda tjänsten. (2)	Personer kan, utan medicinsk expertis, bedöma behovet, men inte kvalitet eller effekt av att använda tjänsten. (2)
<i>Individuell autonomi</i>	Den grupp av personer till vilka tjänsten främst riktar sig är i stånd att fatta beslut som är rationella och välmotiverade. (3)	En betydande andel, men inte de flesta, av den grupp av personer till vilka tjänsten främst riktar sig är oförmögna att fatta beslut som är rationella och välmotiverade. (2)
<i>Externa effekter</i>	Den positiva effekten av utnyttjandet faller främst på den enskilda användaren. Ingen eller liten positiv effekt faller på omgivning eller samhället i stort. (3)	Den positiva effekten av utnyttjandet faller på både individen som använder tjänsten, och på omgivningen och samhället i stort. (2)
<i>Tillräcklig efterfrågan</i>	Efterfrågan är av sådan storlek och regelbundenhet att det finns eller är troligt att ett tillräckligt utbud av tjänsten för privat konsumtion skapas. (3)	Efterfrågan är av sådan storlek och regelbundenhet att det finns eller är troligt att ett tillräckligt utbud av tjänsten för privat konsumtion skapas. (3)
<i>Överkomligt pris</i>	Årlig kostnad < 1 000 kronor. (3)	Årlig kostnad 1 000–2 000 kronor. (2)
<i>Livsstilsförbättring</i>	Tjänsten är förenad med ringa smärta eller annat obehag och syftar till att förebygga, bota eller lindra sjukdom. (2)	Tjänsten är förenad med ringa smärta eller annat obehag och syftar till att förebygga, bota eller lindra sjukdom. (2)
<i>Sammanvägd lämplighet</i>	16	13

Kommentar

Det finns tillgänglig information om värdet av vaccinering. Risken eller den förväntade nyttan för individen måste värderas i relation till livsstilen i båda fallen. Hur stor risken är för att drabbas av TBE respektive HPV är dock antagligen svårt att avgöra för den enskilda individen. När det gäller HPV finns det visserligen utarbetade rekommendationer för definierade grupper vilket underlättar bedömningen.

Vaccination mot TBE riktas till hela befolkningen. Medan HPV-vaccination framför allt riktas till unga flickor. Flertalet av dessa har föräldrar som kan vara behjälpliga i besluten.

Vaccination kan i båda fallen ha en liten positiv effekt för samhället i stort på grund av mindre behov av sjukvård och mindre sjukfrånvaro. För HPV-vaccination gäller även att smittspridning minskar.

TBE-vaccination finns tillgänglig för privat konsumtion liksom HPV fanns innan den vaccinationen blev en del av det nationella vaccinationsprogrammet.

Om man väljer det dyrare alternativet av HPV-vaccin kan kostnaden överstiga 2 000 kronor.

Vaccinationen kan ge en känsla av ökad trygghet och därmed en ökad livskvalitet. Risken för överkonsumtion av just de här vaccinationerna är trots det låg eftersom det förefaller meningslöst att upprepa dessa utöver antalet rekommenderade doser.

emellertid inte varit möjligt att finna någon aktuell uppföljning av effekterna av att tillåta försäljning av statiner som egenvårdsprodukt.

Motsvarande läkemedelsmyndighet i USA, Food and Drug Administration (FDA), har också tagit ställning till en ansökan från ett företag om försäljning av statiner som egenvårdsprodukt men avslog den (Gemmell 2007).

Med detta exempel vill vi diskutera om det är rimligt att överlåta till enskilda individer med låg och måttlig risk för hjärt-kärlsjukdom att själva avgöra om de ska förebygga framtida ohälsa med hjälp av ett mycket använt läkemedel med kända biverkningar, utifrån det resonemang som förts i England.

Vi har inte kunnat finna någon information om att frågan om att tillåta statiner som egenvårdsprodukt varit aktuell i Sverige. Den formella inställningen är att begränsa användningen till patienter med hög risk. I Läkemedelsverkets rekommendationer framhålls att det är patienter som har hög risk för hjärt-kärlsjukdom och höga kolesterolvärden som bör behandlas, och att det dessutom behöver göras en individuell riskbedömning.

Hög risk har en person som t.ex. genomgått en hjärtinfarkt eller har diabetes, och i båda fallen dessutom också har förhöjda kolesterolvärden. För män med sådan riskprofil har statinbehandling visat entydigt gynnsamma effekter, men när det gäller kvinnor har det varit svårare att visa detta, vilket i första hand bedöms bero på dels att färre kvinnor har inkluderats i studier, dels att kvinnor generellt har en lägre risk att drabbas av hjärtkärlsjukdom jämfört med män. Men att utifrån det dra slutsatsen att kvinnor inte har nytta av statinbehandling är att gå för långt.*

Det finns dock data som styrker att även andra grupper har nytta statinbehandling. Enligt bland andra Läkemedelsverket finns det en positiv effekt av statiner vid primärprevention, men den är mindre än vid sekundär prevention.

Visserligen har det i en primärpreventiv studie med pravastatin till män påvisats en relativ riskreduktion i samma storleksordning som i de

* Läkemedelsverkets hemsida: <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2011/Rekommendationer-for-behandling-med-statiner/> hämtat 16 september 2013.

sekundärpreventiva undersökningarna, men på grund av den betydligt lägre incidensen bland personer utan känd hjärt-kärlsjukdom är den absoluta riskreduktionen avsevärt mindre. Liknande resultat fann man i en primärpreventiv studie med lovastatin där både män och kvinnor ingick.*

En senare publicerad systematisk litteraturöversikt, från Cochrane Collaboration, av behandling med statiner vid primärprevention redovisar att man fann inga bevis för någon allvarlig biverkan orsakad av statinförskrivning. Vidare framgår att primärprevention med statiner är sannolikt kostnadseffektivt och kan förbättra patienternas livskvalitet. Dessutom indikerar fynd från Cholesterol Treatment Trialists-studien att resultaten är likartade för personer med en låg årlig risk för kardiovaskulära händelser (Taylor et al. 2013).

Det förefaller alltså finnas en positiv effekt även vid primärprevention, men effekten är mindre än vid sekundärprevention, och data indikerar en likartad effekt hos personer med låg risk. Grupper utan andra riskfaktorer än höga blodfetter bör enligt dagens rekommendationer inte behandlas i den offentliga vården. Frågan är om det är rimligt att överlåta till enskilda personer att själva ta ansvar och avgöra om den förmodade positiva effekten och risken för biverkningar är större än kostnaden för läkemedlet. En bedömning av lämpligheten för egenfinansiering av statiner utifrån våra kriterier redovisas i tabell 7.

Bortsett från att enskilda individer kan ha svårt att bedöma effekten av behandling så pekar den sammanvägda bedömningen utifrån kriterierna på att statiner skulle vara en lämplig kandidat för egenansvar vid behandling av måttlig och låg risk på grund av förhöjda blodfetter.** Svårigheten att värdera risken för biverkningar är en komplicerande faktor. Vi tar inte här ställning till om användningen är kostnadseffektiv ur ett samhällsperspektiv.

* Läkemedelsverkets hemsida: Behandling med lipidsänkande läkemedel vid prevention av hjärt-kärlsjukdomer. Information från Läkemedelsverket 4:2003, hämtat 16 september 2013.

** Vi tar inte ställning till att det antagligen finns en mängd andra livsstilsrelaterade insatser som är mer eller mindre ändamålsenliga.

Tabell 7. Bedömning av lämplighet för egenansvar för finansiering: Statinbehandling vid lätt och måttligt förhöjda blodfetter utan andra kända riskfaktorer.

Kriterium	Blodfettsänkande läkemedel	Kommentar
<i>Tillräcklig kunskap</i>	Personer kan inte utan medicinsk expertis, bedöma behovet, kvalitet och effekt av att använda tjänsten. (1)	Personer som vid olika hälsokontroller erhållit information om förhöjda blodfetter kan med hjälp av information bedöma behovet av en förebyggande åtgärd. Utan svaret från blodprov etc. är det naturligtvis svårare för enskilda individer att bedöma behovet. Det är dock antagligen svårt för enskilda personer att på egen hand, utan dialog med medicinsk expertis, värdera de data som visar en viss nytta även för patienter med låg och måttlig risk (primärprevention) men också risk för biverkningar samt bedöma den egna förväntade nyttan.
<i>Individuell autonomi</i>	Den grupp av personer till vilka tjänsten främst riktar sig är i stånd att fatta beslut som är rationella och välmotiverade. (3)	Målgruppen är stor och utgörs huvudsakligen av personer som är i stånd att fatta beslut och kan betecknas rationella och välmotiverade.
<i>Externa effekter</i>	Positiva effekter av utnyttjande faller främst på den enskilda användaren. Ingen eller liten positiv effekt faller på omgivningen och samhället i stort. (3)	
<i>Tillräcklig efterfrågan</i>	Efterfrågan är av sådan storlek och regelbundenhet att det finns eller är troligt att ett tillräckligt utbud av tjänsten för privat konsumtion skapas. (3)	Finns att tillgå på alla apotek idag.
<i>Överkomligt pris</i>	Årlig kostnad < 1 000 kronor. (3)	Ett aktuellt pris för ett av preparaten är 163 kronor för 250 tabletter 10 mg.
<i>Livsstilsförbättring</i>	Tjänsten är primärt förknippad med förhöjd livskvalitet och syftar i ringa grad till att förebygga, bota eller lindra sjukdom. (3)	Tjänsten är förebyggande och kan ge personer en känsla av trygghet. Eftersom tjänsten har små förväntade negativa konsekvenser för patienten finns det risk för överkonsumtion om produkten skulle finansieras helt och hållet offentligt.
<i>Sammanvägd lämplighet</i>	16	

Läkemedel vid avancerad cancer

Prostatacancer är Sveriges vanligaste cancerform. Abirateron med handelsnamnet Zytiga är ett nytt läkemedel för behandling av metastaserad kastrationsresistent prostatacancer hos vuxna män. Läkemedlet ska användas först när annan kemoterapi prövats. Behandling med Zytiga kostar cirka 1 000 kronor per dag och patient. Behandlingslängden är beroende på hur länge läkemedlet har en påvisad effekt. Läkemedlet har prövats för subvention inom läkemedelsförmånen under 2012. Utifrån kliniska data beräknas effekten till fem månaders förlängd överlevnad hos en patientgrupp med annars förväntad genomsnittlig överlevnad på cirka 11 månader i den studie som ligger till grund för den hälsoekonomiska beräkningen (TLV 2012). Enligt den hälsoekonomiska modell som låg till grund för beslutet beräknas Zytiga även resultera i en högre livskvalitet jämfört med alternativ behandling. Den sammanlagda beräknade behandlingsvinsten är 0,38 kvalitetsjusterade levnadsår. Kostnad per QALY (kvalitetsjusterat levnadsår) är 1 135 000 kronor vid det pris som företaget angav i sin ansökan. TLV gjorde följande bedömning:

49

Zytiga är ett läkemedel som ger en positiv effekt på överlevnad och patienternas hälsorelaterade livskvalitet. Trots att metastaserad kastrationsresistent prostatacancer är en sjukdom med en hög svårighetsgrad anser TLV att behandling med Zytiga inte är kostnadseffektiv till det ansökta priset.

Efter detta beslut har en rådgivande grupp på Sveriges Kommuner och Landsting (NLT-gruppen) i september 2012 prövat Zytiga som ett så kallat rekvisitionsläkemedel för användning inom slutenvård. NLT-gruppen rekommenderade landstingen att inte använda Zytiga förrän de, via ett nytt förmånsbeslut av TLV eller på annat sätt, kan erbjudas ett väsentligt lägre pris än det aktuella priset för Zytiga. Landstingen tog på olika sätt ställning till denna rekommendation och i flera fall beslutade man att tills vidare avstå från användning. Enligt uppgifter i dagspressen framfördes förslag från klinikledningen på Radiumhemmet i Stockholm att patienter endast borde få tillgång till läkemedlet om de bekostar det själva (Hake 2012).

Efter förhandlingar mellan företaget och landstingen om ett nytt lägre pris finns en ny rekommendation (från december 2012). NLT-gruppen rekommenderar landstingen att använda abirateron (Zytiga), men till lägre kostnad enligt löfte från företaget. Efter samtal med företaget som mark-

nadsför Zytiga erbjuds nu landstingen avtal med ett sänkt pris, till en nivå som rimligtvis skulle vara acceptabel för läkemedelsförmån om TLV kunde hantera liknande avtal. Det faktiska priset är emellertid hemligt.

Kostnaden för behandling med Zytiga kommer ner i en nivå där Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket sannolikt skulle ha sagt ja till preparatet, säger Anders Hallberg, ordförande i NLT-gruppen, som dock inte vill specificera siffrorna närmare.*

Oavsett resultatet av landstingens agerande är Zytiga ett principiellt intressant fall, eftersom det i debatten förekommit förslag om att patienter själva borde kunna få betala för sådana åtgärder som inte anses tillräckligt kostnadseffektiva för att ingå i den offentligt finansierade vården. Lämplighet för egenfinansiering redovisas i tabell 8.

Sammantaget konstaterar vi att i detta fall förefaller skäl som talar mot egenansvar för finansiering vara starkare än i de exempel vi redovisat tidigare. När priset för ett läkemedel är mycket högt och detta därmed inte är kostnadseffektivt, även med hänsyn tagen till sjukdomens höga svårighetsgrad, bör det enligt dagens regler inte heller erbjudas i den offentliga vården. Finns det en önskan från patienter att ändå få tillgång till läkemedlet återstår möjligheten att låta patienter betala för behandlingen i likhet med annan egenvård. På grund av det höga priset kommer dock förutsättningarna att köpa tjänsten att vara mycket olika mellan patienter. Dessutom kan det uppstå problem när en mycket dyr läkemedelsbehandling som inte är kostnadseffektiv endast kan erbjudas inom den offentligt producerade sjukvården.

Läkemedelsnära produkter eller speciallivsmedel för vuxna

Vid behandling av vissa sjukdomar krävs specialkost eller näringslösningar när patienten har svårt att täcka sitt energi- och näringsbehov med vanlig kost. Exempelvis kan näringsdrycker ges som komplett näring eller som kosttillsäg. Vid vissa sjukdomar rekommenderas glu-

* Dagens Medicin 21 december 2012.

Tabell 8. Bedömning av lämplighet för egenansvar för finansiering: Läkemedel mot avancerad prostatacancer.

Kriterium	Läkemedel vid avancerad prostatacancer	Kommentar
<i>Tillräcklig kunskap</i>	Personer kan inte, utan medicinsk expertis, bedöma behovet, kvalitet eller effekt av att använda tjänsten. (1)	I detta fall har patienten en liten förmåga att på egen hand bedöma behovet av just detta läkemedel, kvalitet och resultat.
<i>Individuell autonomi</i>	En betydande andel, men inte de flesta, av den grupp av personer till vilka tjänsten främst riktar sig är inte i stånd att fatta beslut som kan betecknas som rationella och välmotiverade. (2)	Flertalet personer är äldre, men antagligen utan kognitiva besvär. Däremot är personer med en livshotande sjukdom och som gått igenom ett flertal behandlingar som inte haft mer än en temporär effekt, antagligen i en pressad situation.
<i>Externa effekter</i>	Den positiva effekten av utnyttjande faller främst på den enskilda användaren. Ingen eller lite positiv effekt faller på omgivning och samhället i stort. (3)	Förutom effekten för individen själv är den positiva effekten för samhället liten. Det kan finnas inslag av så kallade <i>caring externalities</i> kopplat till behandlingen, det vill säga individer upplever en positiv effekt av att samhället gör allt i dess makt för att hjälpa personer i livshotande tillstånd.
<i>Tillräcklig efterfrågan</i>	Efterfrågan är så liten och oregelbunden att det är osannolikt att ett tillräckligt utbud av tjänsten för privat konsumtion kan skapas utan offentlig subventionering. (1)	Totalt sett en mindre grupp personer som kräver specialistvård. Det är osannolikt att ett alternativ utanför den offentliga vården skapas.
<i>Överkomligt pris</i>	Årlig kostnad > 2 000 kronor. (1)	Kostnaden är mycket hög och skulle kunna överstiga 100 000 kronor om behandlingen visat sig ha effekt.
<i>Livsstilsförbättring</i>	Tjänsten är förenad med påtaglig smärta eller annat obehag och syftar till att förebygga, bota eller lindra sjukdom. (1)	Behandlingen har biverkningar och syftar till att förlänga livet.
<i>Sammanvägd lämplighet</i>	9	

tenfria, komjölksprotein fria eller proteinreducerade livsmedel. Ibland används begreppet speciallivsmedel som ett sammanfattande begrepp för livsmedel för särskilda näringsändamål. *Food for Special Medical Purposes* (FSMP) är ett annat begrepp för livsmedel med speciella medicinska ändamål. FSMP klassificeras inte som läkemedel eftersom de inte används som medicinsk behandling för att förebygga, bota eller lindra sjukdomar. Produkterna är tänkta att användas som kostbehandling under medicinsk övervakning och ersätter helt eller delvis vanlig mat eller andra livsmedel. Exempel på FSMP är sondnäring, kosttillskott och livsmedel för personer med medfödda rubbningar i ämnesomsättningen. Det finns särskild lagstiftning för speciallivsmedel/FSMP.

Frågan om samhällets stöd till behandling med speciallivsmedel har under senare år behandlats i flera statliga utredningar. Brister i det nuvarande systemet har analyserats och förslag till förändringar finns bland annat i en statlig utredning från 1999 (SOU 1999:114). Denna utredning förordar bland annat att när ett medicinskt behov finns, bör patienter få tillgång till speciallivsmedel (undantag livsmedel vid glutenintolerans där ett särskilt stöd föreslås) enligt nationellt enhetliga regler inom läkemedelsförmånen. Härigenom skulle behandling med speciallivsmedel jämföras med läkemedelsbehandling ur förmånssynpunkt. Utredningen föreslår också ett alternativ där landstinget får en reglerad skyldighet att tillhandahålla speciallivsmedel men får själva avgöra regelverket, vilket liknar dagens situation.

Barn under 16 år har enligt *lagen om läkemedelsförmåner m.m.* rätt att få prisnedsatta livsmedel vid vissa sjukdomar, efter förskrivning av läkare, med det belopp som vid varje inköpstillfälle överstiger 120 kronor. För personer över 16 år har de flesta landsting och kommuner frivilligt åtagit sig att subventionera vissa speciallivsmedel i öppen hälso- och sjukvård. Reglerna för landstingsstöd varierar emellertid kraftigt i landet, till exempel ger 10 av 21 landsting ekonomiskt stöd vid glutenintolerans (celiaki) (Läkemedelsverket 2012). Det finns också skillnader i subventioner mellan patientgrupper och mellan olika individer beroende på behovets storlek. Det förekommer att den som behöver få hela sitt näringsintag tillgodosett genom speciallivsmedel betalar samma avgift som den som bara använder speciallivsmedel som komplement till sin vanliga kost.

Vi diskuterar egenansvar för finansiering av speciallivsmedel med hjälp av två exempel: vuxna med celiaki och vuxna med fenylketonuri (PKU).

GLUTENINTOLERANS (CELIAKI)

Celiaki är en autoimmun kronisk sjukdom som drabbar många svenskar. Sjukdomen innebär en överkänslighet för gluten. Gluten finns i vete, råg och korn. Den som har celiaki behöver glutenfria specialprodukter som motsvarar basvaror som mjöl, flingor, pasta och bröd. En del sådana speciallivsmedel förskrivs av läkare eller annan sjukvårdspersonal. Vanligare är att glutenfria produkter inhandlas i livsmedelsaffär eller på apotek av patienten själv som egenvård. Enligt Konsumentverket kan det kosta från 5 000 kronor och uppåt per år extra för en vuxen att behandla sin celiakisjukdom (Bengtsson 2011).

Det förekommer att landsting ger ekonomisk ersättning till celiakipatienter, men storleken på ersättningen skiljer sig åt mellan landstingen. Enligt en sammanställning som Celiakiförbundet gjort för perioden 2006–2011 utgick år 2011 inget stöd i 14 landsting. I ett landsting (Kronoberg) var stödet 2 250 kronor per år. Övriga landsting gav ekonomiskt stöd på olika nivåer med varierande konstruktioner. Enligt en kartläggning från Läkeemedelsverket (2012) gav år 2012 fem landsting subvention och ytterligare fem ett kontantbidrag. Subvention eller kontantbidrag är begränsat till en viss åldersgrupp (yngre vuxna) i fyra av landstingen. Lämpligheten för egenansvar bedöms i tabell 9.

53

FENYLKETONURI (PKU)*

Fenylketonuri (PKU) är en sällsynt, medfödd, ärftlig ämnesomsättningsjukdom som drabbar både pojkar och flickor. Sjukdomen innebär bland annat en störd nedbrytning av fenylalanin. Höga halter fenylalanin i blodet skadar hjärnan. Vid den vanligaste formen av sjukdomen består behandling av individuellt anpassad proteinreducerad kost för att minska intaget av fenylalanin.

I Sverige testas alla nyfödda barn genom ett blodprov för ett antal medfödda sjukdomar, varav PKU är en. Om PKU konstateras behandlas barnet med fenylalaninfattig kost och tillägg av viktiga aminosyror. Utan behandling skadas hjärnan och barnet kan på sikt få en svår utvecklingsstörning och andra neurologiska symptom. Varje år föds i genomsnitt fem barn med sjukdomen i Sverige.

* Information från bland annat Socialstyrelsens hemsida om Fenylketonuri, http://www.socialstyrelsen.se/ovanligadiagnoser/fenylketonuri#anchor_2, 13 augusti 2013.

Tabell 9.
Bedömning av
lämplighet för
egenansvar för
finansiering:
Speciallivsmedel.

Kriterium	Celiaki (vuxna)	PKU (vuxna)
<i>Tillräcklig kunskap</i>	Personer kan, utan medicinsk expertis, bedöma behovet, kvalitet och effekt av att använda tjänsten. (3)	Personer kan, utan medicinsk expertis, bedöma behovet, men inte kvalitet eller effekt av att använda tjänsten. (2)
<i>Individuell autonomi</i>	Den grupp av personer till vilka tjänsten främst riktar sig är i stånd att fatta beslut som kan betecknas som rationella och välmotiverade. (3)	Den grupp av personer till vilka tjänsten främst riktar sig är i stånd att fatta beslut som kan betecknas som rationella och välmotiverade. (3)
<i>Externa effekter</i>	Den positiva effekten av nyttjande faller främst på den enskilda användaren. Ingen eller liten positiv effekt faller på omgivning och samhället i stort. (3)	Den positiva effekten av nyttjande faller på både individen som använder tjänsten och omgivningen och samhället i stort. (2)
<i>Tillräcklig efterfrågan</i>	Efterfrågan är av sådan storlek och regelbundenhet att det finns eller är troligt att ett tillräckligt utbud av tjänsten för privat konsumtion skapas. (3)	Efterfrågan är så liten och oregelbunden att det är osannolikt att ett tillräckligt utbud av tjänsten för privat konsumtion skapas. (1)
<i>Överkomligt pris</i>	Årlig kostnad > 2 000 kronor. (1)	Årlig kostnad > 2 000 kronor. (1)
<i>Livsstilsförbättring</i>	Tjänsten är förenad med ringa smärta eller annat obehag och syftar till att förebygga, bota, eller lindra sjukdom. (2)	Tjänsten är förenad med påtaglig smärta eller annat obehag och syftar till att förebygga, bota eller lindra sjukdom. (1)
<i>Sammanvägd lämplighet</i>	15	10

Kommentar

I båda fallen rör det sig om kroniska sjukdomar som innebär att personer utvecklar en egen förmåga att hantera sjukdomen och bedöma produkterna. Det förefaller svårare att värdera effekt av behandlingen vid PKU liksom behov av justering av kosten då den bedömningen baseras på blodtester.

De allra flesta personer med tillståndet har förmåga att fatta välinformerade beslut.

En stor andel av personer med celiaki är arbetsföra. I viss utsträckning kan tillståndet påverka arbetsförmågan utan en adekvat kosthållning. Det är osäkert hur stor denna effekt är. När det gäller PKU kan ett betydande behov av framtida vård och omsorg minskas med en adekvat behandling.

Enligt Celiakiförbundet så har 35 000 svenskar diagnosen. Det faktiska antalet anses vara betydligt högre. Det finns få vuxna med PKU.

Merkostnad vid celiaki är uppskattningsvis över 5 000 kronor per år. PKU-behandling kan kosta 50 000 kronor per år men är subventionerad på olika sätt.

I båda fallen får patienten avstå från »vanlig« mat vilket kan upplevas besvärligt. Obehandlad eller dåligt behandlad sjukdom påverkar det dagliga livets aktiviteter i varierande grad vid celiaki. När det gäller PKU uppfattar vi behandlingen vara förenad med större grad av besvär och att det i högre grad handlar om att för förebygga framtida komplikationer.

Behandlingen, som i huvudsak ombesörjs av individen själv efter instruktioner från vården (när det gäller barn tillsammans med föräldrarna), blir en balansgång mellan att få i sig för mycket eller för litet fenylalanin i maten. För att åstadkomma en väl avvägd diet görs kontroller i sjukvården för att bestämma fenylalaninnivån i blodet.

Särskilda regler gäller för speciallivsmedel till barn och ungdomar under 16 år. För ungdomar som är 16 år och äldre eller vuxna har landstingen olika subventionslösningar för speciallivsmedel för särskilda grupper. I Landstinget Västmanland (2011) betalade landstinget 30 procent av kostnaderna för dessa patienter, medan det fanns en specialbestämmelse för patienter med PKU eftersom kostnaderna skulle bli alltför höga om dessa patienter själva skulle behöva betala 70 procent av kostnaden. I stället betalade patienter med PKU en egenavgift på 200 kronor per månad. Egenavgiften för vuxna patienter med PKU varierar mellan landstingen från 330 kronor (Kalmar) till 0 kronor (Gävleborg och Dalarna) (Läkemedelsverket 2012). En bedömning av lämplighet för egenfinansiering görs i tabell 9.

Skillnader mellan de två alternativen avser tillräcklig kunskap om behandlingseffekt, externa effekter och tillräcklig efterfrågan som talar för att behandling av celiaki lämpar sig bättre för egenfinansiering jämfört med kostbehandling vid PKU. Kostnaden för personer med celiaki kan dock i enskilda fall vara hög.

Hur förhåller sig åtgärderna till varandra?

I tabell 10 har vi sammanställt resultaten från tabellerna 5–9. En åtgärd kan få lägst 6 och som högst 18 poäng. Vi är väl medvetna om att bedömningarna för respektive kriterium kan vara svåra att göra och att våra exempel innehåller bedömningar som inte alla är överens om. Vår egen erfarenhet av denna analysform är dock att det går att skapa en samsyn och att många tankar väcks när man systematiskt tvingas ta ställning till samma aspekter för varje åtgärd och produkt.

Det är viktigt att inte fokusera för mycket på enskilda poängtal när man ska göra den slutliga värderingen. Förutom att det antagligen står och väger mellan olika siffror för ett antal kriterier kan det vara så att en tjänst eller produkt får en sammanlagt hög poäng, men att en enda egenskap gör tjänsten eller produkten olämplig för egenansvar. Det kan gälla om priset för tjänsten eller produkten är mycket högt, men att den för övrigt förefaller lämplig för egenansvar. Det sammanlagda poängtalet

Tabell 10. Sammanställning av resultaten från analysen.

Åtgärd	Poäng
Vaccination för TBE (fästingburen encefalit)	16
Behandling av måttligt förhöjda blodfetter med statiner	16
Rökavvänjning i form av egenvård med nikotinplåster	15
Speciallivsmedel vid celiaki	15
Vaccination för HPV	13
Rökavvänjning med hjälp av receptläkemedel	12
Speciallivsmedel vid PKU	10
Läkemedel vid avancerad cancer (Zytiga)	9

kan dock ge en fingervisning om lämpligheten och kan vara en utgångspunkt för att ta ställning.

För två av de fyra tjänster som erhållit högst poäng betalar individen själv hela kostnaden idag. I flertalet landsting utgår inte heller något bidrag för patienter med celiaki. Statiner är i huvudsak offentligt finansierade eftersom möjligheten till egenvård, det vill säga att kunna köpa läkemedlet receptfritt, inte finns idag. I princip skulle man kunna tänka sig att patienter med låg risk får betala hela kostnaden för statiner även i en situation där kravet på läkarkontakt och på recept finns kvar. De fyra tjänster och produkter med lägst poäng är samtliga i huvudsak offentligt finansierade, bortsett från egenavgifter. Vaccination för HPV är gratis för kvinnor under 18 år och kvinnor omfattas av högkostnadsskyddet upp till 26 års ålder.

5.

Diskussion och policyförslag

Den potentiella rollen för egenansvar i hälso- och sjukvårdspolitiken är inte ett nytt ämne. Debatten om egenansvar har dock framför allt riktat in sig på vad vi kallar ansvar för hälsa. Frågor som rör retrospektivt egenansvar, det vill säga tidigare hälsorelaterade beteenden, är både praktiskt och etiskt komplicerade. Hittills har inga allmänt accepterade svar presenterats på hur egenansvar för hälsa ska kunna införlivas i sjukvårdspolitik och prioriteringar.

Det ramverk som presenteras och prövas i denna rapport gäller en i huvudsak framåtblickande bedömning av egenansvar för hälso- och sjukvård, med fokus på ansvar där det gäller individers förmåga att ombesörja och finansiera hälso- och sjukvård. Le Grand (2003) har tidigare argumenterat för att denna typ av egenansvar är av större praktisk relevans för beslutsfattare. Idag finns redan betydande inslag av egenansvar för privat finansiering av vissa vårdtjänster som anses ligga utanför det offentliga ansvaret.

Det finns också tecken på att resonemang om möjlighet till egenansvar för vård redan idag ligger till grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, men att det oftast sker på ett osystematiskt och i många fall godtyckligt sätt (Tinghög och Carlsson 2012). Därför är det av stor vikt att uttryckligen diskutera den underliggande logiken för sådana beslut, för att så långt som möjligt undvika godtycke och orättvis fördelning av hälso- och sjukvårdens resurser. Ramverket för bedömning av egenansvar för vård som vi föreslår i denna rapport skulle kunna bidra till en ökad systematik och transparens.

Ramverket för bedömning av egenansvar för vård

Ramverket, syftar till att stödja beslutsfattare att uppnå två viktiga mål: (1) att bättre identifiera möjligheterna till egenansvar genom en fördjupad förståelse för variationen i egenskaper hos hälso- och sjukvård som varor och tjänster, och (2) att underlätta en öppen och systematisk diskussion om ransonering av vård med relevanta aktörer. Det är viktigt att betona att vi vare sig argumenterar för mer eller mindre av privat finansierad hälso- och sjukvård. Vi argumenterar för att använda ett mer systematiskt tillvägagångssätt vid bedömning av lämpligheten av privat finansiering för vissa tjänster, eftersom det finns hälso- och sjukvårdstjänster där offentlig finansiering är lämpligare än privat finansiering – precis som det finns hälsovårdstjänster där privat finansiering är lämpligare än offentlig finansiering. Av denna anledning bör ett samhällsligt mål vara att finna en väl avvägd kombination av offentlig och privat finansiering med de begränsade resurser för offentlig hälso- och sjukvård som står till förfogande.

Tidigare erfarenheter av prioriteringsarbeten, både nationellt och internationellt, har visat att prioriteringsprinciper kan vara av begränsad nytta om de inte är tydligt prövade. Efterfrågan på praktiskt applicerbara verktyg för att kunna prioritera mer öppet är därför stor. Vi hoppas att ramverket kommer att bidra till bättre operationalisering av begreppet egenansvar, så att det kan komma till användning såväl politiskt som vid andra ransoneringsbeslut. Erfarenheter har också visat att kriterier som syftar till att ge ett klart ja eller nej till finansiering tenderar att vara mindre användbara (Stolk et al. 2002). Därför är det inte vår avsikt att användning av ramverket ska ge entydiga svar. Snarare ska de sex kriterier som värderas vägas mot varandra när man vill utforska möjligheterna för egenansvar för hälso- och sjukvård. Det går aldrig att bortse från att prioriteringar innehåller normativa och politiska aspekter som ett prioriteringsverktyg måste lämna utrymme för. Prioritering innebär alltid konflikter mellan olika värden, men i stället för att dölja sådana konflikter bör ambitionen vara att på ett öppet sätt närma sig de oundvikliga frågorna om egenansvar.

Sammantaget har vi funnit att ramverket är tillämpligt som stöd vid beslut om privat finansiering av läkemedel. Genomgången inom läkemedelsområdet har resulterat i flera preciseringar och omformuleringar av ramverket. Vissa normativa aspekter kopplade till hur ramverket ska appliceras kvarstår dock för den politiska processen att hantera, till exempel vad som kan anses som ett överkomligt pris samt var gränsen

mellan medicinsk nödvändighet respektive livsstilsförbättrande åtgärd kan dras. Innan ramverket kan komma till praktisk användning som stöd vid prioriteringsbeslut krävs dock en acceptans på politisk nivå om att egenansvar är en legitim aspekt att ta hänsyn till vid prioriteringar. Tidigare presenterade förslag till regeringen från Socialstyrelsen om att genomföra en översyn av den etiska plattformen behöver antagligen aktualiseras på nytt (Socialstyrelsen 2007).

Den etiska plattformen och egenansvar

När man diskuterar egenansvar i relation till den etiska plattformen finns det två vägar att gå. Antingen kan man välja att diskutera egenansvar som en fristående princip eller så kan man diskutera egenansvar inom ramen för de redan existerande principerna: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Om egenansvar, som begreppet presenterats här, är förenligt med rådande principer kan det räcka att omformulera dessa för att också täcka egenansvar. Men om det råder konflikt mellan egenansvar och de övriga principerna kan det vara bättre att specificera en fristående princip för egenansvar som får balanseras mot andra principer.

Hur kan man då behandla egenansvar som en särskild aspekt vid prioriteringar utifrån rådande principer?

MÄNNISKOVÄRDESPRINCIPEN OCH EGENANSVAR

När finansiering av hälso- och sjukvård läggs på individen innebär det att tillgången till denna tjänst kommer att påverkas av individers betalningsförmåga. Detta är till synes problematiskt utifrån människovärdesprincipen om att ge alla individer samma rätt till vård oavsett sociala och ekonomiska förutsättningar. För att ligga i linje med människovärdesprincipen bör därför egenansvar för vård i form av finansiering inte kopplas till sådan vård som anses nödvändig för att leva ett gott och värdigt liv.

Människovärdesprincipen innebär också att hälso- och sjukvården ska respektera människors integritet och autonomi. Detta innebär att individers förmåga att fatta egna beslut, och därmed också ta ansvar för konsekvenserna av dem, bör respekteras och underlättas så långt som möjligt. Att automatiskt frånskriva människor ansvar eller möjlighet att styra sin egen vård kan etiskt ses som en kränkning av människovärdesprincipen, lika väl som det skulle vara en kränkning att tillskriva ansvar till dem

som inte har förutsättningar att ta ansvar. När individer får ansvaret att efterfråga och bekosta sin egen vård innebär det att de ges högre grad av autonomi. Den form av egenansvar som presenteras i ramverket kan i detta avseende anses i linje med människovärdesprincipen.

BEHOVS-SOLIDARITETSPRINCIPEN OCH EGENANSVAR

Behov är otvivelaktigt ett av de mest centrala begreppen vid prioritering och ransonering av sjukvård. Samtidigt är det kanske det mest mångtydiga begreppet. Att ett tillstånd svårighetsgrad har stor betydelse vid behovsbedömningen kan vi dock utgå ifrån. I många av de fall där egenansvar kan anses rimligt kan svårighetsgraden betecknas som låg. Detta gör att tanken om individuellt ansvar för vård ofta också kommer att sammanfalla med tanken om att ge dem med störst behov företräde till vård. Det råder således i dessa fall inte något motsatsförhållande mellan behovsprincipen och egenansvar för vård, utan det senare kan i det här sammanhanget snarare ses som en utvidgning eller ett komplement till behovsprincipen.

Solidaritetsprincipen innehåller flera olika etiska hänsyn. Principen föreskriver lika möjligheter till vård, samt att ojämlikheter i förutsättningar för att leva ett gott liv bör utjämnas i så stor utsträckning som möjligt, vilket innebär att behoven hos de svagaste särskilt ska beaktas. Idén om solidaritet mellan människor innebär att de med mindre behov ska stå tillbaka för dem med större behov, det vill säga en skyldighet att inte i onödan utnyttja gemensamma resurser. Eftersom det alltid finns behov som inte kan tillgodoses inom den offentliga sjukvården innebär det att den som i onödan brukar gemensamma medel utsätter andra för svårigheter. När individer får finansiera den vård de har möjlighet att ta ansvar för innebär det samtidigt att dessa resurser kan gå till vård som individer inte kan ta ansvar för. Solidaritetsprincipen implicerar på så vis redan en viss tanke om egenansvar.

KOSTNADSEFFEKTIVITET OCH EGENANSVAR

När forskning visar att en åtgärd sannolikt ger patientnytta (åtminstone på gruppnivå) blir det allt vanligare att ställa sig frågan om åtgärden är tillräcklig kostnadseffektiv, det vill säga om hälsovinsten står i rimlig relation till kostnaden, för att inkluderas i offentlig finansiering. Kostnads-effektanalyser används för att sätta den förväntade hälsovinsten av en ny behandling i relation till den ökade kostnaden. Oftast används måttet

kronor per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (kostnad per QALY). Kostnadseffektivitet har som princip ingen uppenbar koppling till den form av egenansvar vi diskuterat i denna rapport. Det föreslagna ramverket inbegriper »överkomligt pris« som en förutsättning för egenansvar för vård. Detta ska inte blandas ihop med kostnadseffektivitet. En kostnadseffektiv behandling kan vara »billig« eller »dyr«. Kostnadseffektanalyser tar inte heller hänsyn till det faktum att vissa tjänster inte kommer att vara tillgängliga för köp ur egen ficka om dessa inte omfattas av offentlig subventionering, med uppenbara konsekvenser för individens möjlighet att ta ansvar för sin egen vård.

Det gör att vi måste ta ställning till hur samhället ska hantera »dyra« behandlingar som inte betraktas som kostnadseffektiva (men som fortfarande har en positiv effekt). Det är en orimlig tanke att samhället ska subventionera behandlingar enbart på grund av att de är »för dyra« för att individer ska kunna finansiera dem privat. Behandlingar där den positiva effekten inte står i rimlig relation till kostnaden bör inte finansieras offentligt eftersom resurser undandras vård av andra angelägna behov. Denna tanke bör gälla även när egenansvar för vård inte är möjligt. Det föreslagna ramverket ska ses som ett sätt att bedöma när även kostnadseffektiva behandlingar kan vara lämpliga för egenansvar. Givet detta kan en viss konflikt uppstå mellan kostnadseffektivitet och egenansvar som beslutsfattare måste ta ställning till.

Egenfinansiering och läkemedel

Det finns flera syften med egenfinansiering av vissa läkemedel. Ett syfte är att skapa effektivitet och god tillgänglighet via en marknadslösning. Det finns fördelar med att produkter och tjänster fördelas på en marknad när det är lämpligt. De flesta tycker nog att det är bra att kunna köpa egenvårdsprodukter vid exempelvis huvudvärk. Ett annat syfte är att undvika problemet med *moral hazard*, det vill säga risk för överutnyttjande. Om läkemedel erbjuds utan kostnad kommer individer att efterfråga läkemedel som har små positiva effekter, oavsett kostnad för samhället. Egenfinansiering och egenavgifter motverkar detta. Ett tredje syfte är kort och gott att bidra med ökade intäkter till finansieringen av hälso- och sjukvård. Vilken effekt egenfinansiering får på konsumtionen styrs av hur priskänslig efterfrågan på den aktuella produkten är. Priskänsligheten på efterfrågan varierar med behovet och läkemedel som fyller ett stort behov är antagligen mindre priskänsliga.

Problemet med all egenfinansiering är att den kan leda till en ojämlik tillgång på läkemedel och annan vård eftersom de med sämst ekonomiska förutsättningar kan förväntas vara mer känsliga för priset och därför avstår från vård som är nödvändig för god hälsa. Det är i detta sammanhang viktigt att inte se egenfinansiering av läkemedel som en fråga isolerad från finansieringen av övrig hälso- och sjukvård. Ökad egenfinansiering av läkemedel, som leder till minskad läkemedelskonsumtion och sämre hälsa, kan i sin tur leda till ökad efterfrågan inom andra delar av vården i form av exempelvis fler besök hos akutsjukvården. Det ramverk för bedömning av egenansvar för vård som presenterats här bygger på ett sådant helhetsperspektiv.

Hittills har vi i denna rapport diskuterat egenansvar i termer av att individen betalar antingen hela eller ingen del av kostnaden. Men det finns också ett delat ansvar för finansieringen av läkemedel i form av högkostnadsskyddet för läkemedelskostnader inom förmånen. Ett problem är att läkemedel som inte täcks av förmånen då i princip bara blir tillgängliga för dem som har råd att betala. Läkemedlet Zytiga vid avancerad prostatacancer, som diskuterades i kapitel 4, är ett sådant exempel. En lösning som föreslagits för att minska de sociala olikheterna i tillgången till dessa dyra behandlingar, som av samhället betraktats som icke kostnadseffektiva, är att det offentliga ansvarar för kostnaden upp till den nivå där läkemedlet inte längre bedöms som kostnadseffektivt (Garattini & van de Vooren 2012, Drummond & Towse 2012). Den resterande summan utöver detta skulle individen få bekosta själv. Detta vore ett sätt för samhället att minska de sociala skillnaderna i tillgången på dessa läkemedel, men samtidigt hålla fast vid principen att offentligt finansierad vård ska vara kostnadseffektiv.

Frågan är då om det är förenligt med intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen att tillåta egenfinansiering av dyra läkemedel inom ramen för den offentliga sjukvården. Här hamnar man i en konflikt mellan människors autonomi och hälso- och sjukvårdslagens intention att ge vård på lika villkor efter behov. Det kan tyckas orättvist att erbjuda en tjänst som bara välbeställda har råd med. Men det är också svårt att försvara alternativet, att antingen ge alla tillgång till tjänsten eller neka alla. Ojämligheter i tillgång på vård baserat på ekonomiska tillgångar är oundvikliga i en tid då den medicinskteknologiska utvecklingen ständigt vidgar vad som är medicinskt möjligt. Det handlar då om att fatta prioriteringsbeslut så att de negativa konsekvenserna blir så små som möjligt. Två frågor är särskilt relevanta:

- I vilken utsträckning leder privat finansiering till ökade skillnader i konsumtion av läkemedel och annan hälso- och sjukvård inom olika grupper?
- I vilken utsträckning leder mindre konsumtion av läkemedel och hälso- och sjukvård, till följd av privat finansiering, också till skillnader i hälsa i olika socioekonomiska grupper?

64

Ramverket för bedömning av egenansvar för vård i form av privat finansiering av nya läkemedel ska inte ses som ett verktyg för att kontrollera stigande läkemedelskostnader. I stället ska det ses som ett verktyg för att identifiera varor och tjänster som med fördel kan fördelas på en privat marknad med hänsyn tagen till både effektivitet och jämlikhetsaspekter.

6.

Slutsatser

- Det finns idag en inte obetydlig mängd läkemedel som finansieras privat. Grunden för vad som finansieras privat respektive offentligt är dock ofta oklar. Likaså finns olikheter mellan landsting när det gäller finansiering av vårdtjänster och produkter.
- Det finns två huvudsakliga typer av egenansvar som kan beaktas vid prioriteringsbeslut. *Ansvar för egen hälsa* som fokuserar på individers tidigare hälsorelaterade livsstilsval. *Ansvar för egen vård* som fokuserar på vilka sjukvårdstjänster individer faktiskt har praktisk möjlighet att ombesörja och finansiera själva.
- *Ansvar för egen vård* är den mest policyrelevanta formen av egenansvar eftersom det bland annat är svårt att fastställa kausala samband mellan beteende och ohälsa när det gäller frågan om *ansvar för egen hälsa*.
- Tillräcklig kunskap, individuell autonomi, externa effekter, tillräcklig efterfrågan, överkomligt pris och livsstilsförbättring är relevanta faktorer att beakta vid bedömning av egenfinansiering av läkemedel.
- Den form av egenansvar för finansiering som presenteras i rapporten är i hög grad förenlig med intentionerna i människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen.
- Det kan uppstå en konflikt mellan det presenterade ramverket och kostnadseffektivitetsprincipen när kostnadseffektiva läkemedel möjliggör egenansvar och därför med fördel kan finansieras privat trots en god kostnadseffektivitet.
- Mycket dyra läkemedel som inte är kostnadseffektiva är inte heller lämpliga för egenansvar. Samtidigt har samhället svårt att neka

personer tillgång till verksamma läkemedel vid svår sjukdom. För att lösa detta dilemma bör man överväga möjligheten att landstingen betalar för sådana läkemedel upp till den nivå där dessa inte längre bedöms vara kostnadseffektiva. Kostnaden därutöver får patienten möjlighet att betala själv. Sådana lösningar innebär antagligen en rad komplikationer som behöver utredas noga.

66

- För att egensvar för finansiering ska kunna tillämpas systematiskt och öppet vid prioriteringar behöver antagligen ett tidigare presenterat förslag till regeringen, från Socialstyrelsen, om att genomföra en översyn av den etiska plattformen aktualiseras på nytt.
- Det är angeläget att studera i vilken utsträckning privat finansiering leder till ökade skillnader i konsumtion av läkemedel och annan hälso- och sjukvård mellan olika grupper i befolkningen. I vilken utsträckning leder mindre konsumtion av läkemedel och annan hälso- och sjukvård, till följd av privat finansiering, också till försämrad allmän hälsa mellan olika socioekonomiska grupper?
- Det finns inga perfekta lösningar för hur och var samhället ska dra gräsen för det offentliga åtagandet. Olika värden måste alltid balanseras mot varandra i syfte att uppnå en hälso- och sjukvård som är både rättvis och effektiv.

Referenser

- Anderson, S. E. (1999), »What is the point of equality?«, *Ethics* 109, s. 287–337.
- Apotekens Service AB (2012), Läkemedelsförsäljning i Sverige, http://www.apotekensservice.se/Documents/statistik/standardrapporter/lakemedelsforsaljning_sverige_Q1Q2Q3_2012.pdf, hämtat 17 oktober 2012.
- Arneson, R. J. (1989), »Equality and equal opportunity for welfare«, *Philosophical Studies* 56, s. 77–93.
- Arrow, K. J. (1963), »Uncertainty and the welfare economics of medical care«, *American Economic Review* 53, s. 941–973.
- Ballit, H., Newhouse, J.P. och Brook R. et al. (1985), »Does more generous dental insurance coverage improve oral health?«, *Journal of American Dental Association* 110, s. 701–707.
- Bengtsson, E. (2011), »Ge glutenintoleranta ekonomiskt stöd«, *Svenska Dagbladet* 22 juni.
- Bergh, J. och Damberg, J-E. (2012), »Fattiga cancerpatienter nekas viktiga mediciner«, *Dagens Nyheter* 19 oktober.
- Blomquist U-B. och Jacobson, D. (2011), Förskrivningsprocessen, fritt val av hjälpmedel, egenansvar – tre olika vägar till hjälpmedel, Hjälpmedelsinstitutet, <http://www.hi.se/Global/pdf/2011/11357-forskrivningsprocessen.pdf>, hämtat 17 oktober 2012.
- Brook, R., Rogers, W.H. och Keeler, E.B. et al. (1983), »Does free health care improve adults' health? Results from a randomized control trial«, *New England Journal of Medicine* 309, s. 1426–1434.
- Cancerfonden (2013), Om HPV och HPV-vaccin, <http://www.cancerfonden.se/sv/Om-Cancerfonden/Fragor-och-svar/Vanliga-fragor-om-HPV-vaccin/>, hämtat 16 september 2013.
- Cohen, G. A. (1989), »On the currency of egalitarian justice«, *Ethics* 99, s. 906–944.
- Culyer, A. (1971), »The nature of the commodity health care and its efficient allocation«, *Oxford Economic Papers* 23, s. 189–211.
- Drummond, M. och Towse, A. (2012), »Is it time to reconsider the role of patient

- co-payments for pharmaceuticals in Europe?», *European Journal of Health Economics* 13, s. 1–5.
- Garattini, L. och van de Vooren, K. (2012), »Could co-payments on drugs make EU health care systems less open to political influence?« *European Journal of Health Economics* (Epub ahead of print).
- Gemmell, I., Verma, A. och Harrison, R.A. (2007), »Should we encourage over-the-counter statins? A population perspective for coronary heart disease prevention«, *Am J Cardiovasc Drugs* 7 (4), s. 299–302.
- Grossman, M. (1972), »On the concept of health capital and the demand for health«, *Journal of Political Economy* 80 (2), s. 223–255.
- Grossman, M. (2000), »The human capital model« i *Handbook of health economics*, A. J. Culyer och Newhouse, J. P. (red.), Amsterdam: Elsevier.
- Hake, C-M. (2012), »Här får döende själva betala dyr medicin«, *Dagens Medicin*, 12 september.
- Hurley, J. (2000), »An overview of the normative economics of the health sector« i *Handbook of health economics*, A. J. Culyer och Newhouse, J. P. (red.), Amsterdam: Elsevier.
- Leibowitz, J.P., Manning, W.G., Newhouse, J.P. (1985), »The demand for prescription drugs as a function of cost sharing«, *Social Science and Medicine* 21, s. 1063–1069.
- Le Grand, J. (2003), *Motivation, agency, and public policy: of knights and knaves, pawns and queens*. Oxford: Oxford University Press.
- Lundberg, L., Johannesson, M. och Isacson D. et al. (1998), »Effects of user charges on the use of prescription medicines in different socio-economic groups«, *Health Policy* 44, s. 123–134.
- Läkemedelsverket (2012), Speciallivsmedel, <http://www.lakemedelsverket.se/Sok-pa-webbplatsen/?q=speciallivsmedel>, hämtat 16 september 2013.
- Malik, N.N. (2004), »Over-the-counter statins«, *The Lancet* 364 (9432), s. 411.
- Manning, W.G., Newhouse, J.P. och Duan, N. et al. (1988), *Health insurance and the demand for medical care*. Santa Monica: The RAND corporation.
- Marmot M. och Wilkinson, R. G. (2006), *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Meek, C. (2005), »UK decision to sell statins over the counter criticized«, *CMAJ* 172 (12), s. 1543.
- McGuire, A., Henderson, J. och Mooney, G. (1988), *The economics of health care: an introductory text*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Musgrave, R. A. (1959), *The theory of public finance: a study in public economy*. New York, London: McGraw-Hill.
- Mushkin, S. J. (1958), »Toward a definition of health economics«, *Public Health Reports* 73 (9), s. 785–793.
- OECD (2012), Health Data 2012, <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>, hämtat 5 december 2012.
- Pauly, V. M. (1988), »Is medical care different? Old Question, New Answers«, *Journal of Health Politics Policy and Law* 13 (2), s. 227–237.

- Rawls, J. (1971), *A theory of justice*. Cambridge Mass: Harvard University Press.
- Sahlin, N. (red.) (2010), *Eget ansvar i vården?* Lund: Media Tryck.
- SCB (2013), Svenska hälsoräkenskaper 2001–2011, http://www.scb.se/Pages/ProductTables___231546.aspx, hämtat 13 september 2013.
- SKL (2012), Fakta om HPV-vaccin till flickor. Material hämtat från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/lakemedel/vacciner.
- Socialdepartementet (1995), *Prioriteringsutredningens slutbetänkande. Vårdens svåra val*. Statens offentliga utredningar (SOU 1995:5) Stockholm: Fritzes.
- Socialdepartementet (1996/97), Regeringens proposition Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Prop. 1996/97:60.
- Socialstyrelsen (2007), Prioriteringar i hälso- och sjukvården – Socialstyrelsen analys och slutsatser utifrån rapporten »Vårdens alltför svåra val?«, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-103-4>, hämtat 16 september 2013.
- Socialstyrelsen (2012), Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-5-9>, hämtat 18 november 2012.
- Stolk, E. A., Brouwer, W. B. och Busschbach J. J. (2002), »Rationalising rationing: economic and other considerations in the debate about funding of Viagra«, *Health Policy* 59 (1), s. 53–63.
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsnämnden (2009), Genomgången av blodfettsubbningar. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsförmånsnämnden.
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2012), Beslut avseende Zytiga, 30 maj 2012, 3122/2011.
- Taylor, F., Huffman, M.D. och Macedo, A.F. et al. (2013), Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Collaboration. Updated Published Online: January 31, 2013, <http://summaries.cochrane.org/CD004816/statins-for-the-primary-prevention-of-cardiovascular-disease>, hämtat 16 september 2013.
- Tinghög, G., Carlsson, P. och Lyttkens, C.H. (2010), »Individual responsibility for what? – a conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system«, *Health Economics Policy and Law* 5, s. 201–223.
- Tinghög, G. och Carlsson, P. (2012), »Individual responsibility for healthcare financing: An application of an analytical framework exploring the suitability of private financing of assistive devices«, *Scandinavian Journal of Public Health* 40 (8), s. 784–794.
- Weisbrod, B. A. (1978), Comments on M. V. Pauly in Competition in the health care sector: past, present, and future, *Proceedings of a conference sponsored by the bureau of economics, Federal trade commission*, W. Greenberg (red.). Washington, D.C.
- WHO (2012), Global health expenditure database, http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84666. http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84666, hämtat 10 november 2012.

Författarna

Per Carlsson är professor i utvärdering av medicinsk teknologi, Prioriteringscentrum, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsanalys, Institutionen för medicin och hälsa vid Linköpings universitet. per.carlsson@liu.se

Gustav Tinghög är hälso- och beteendekonom, fil. doktor, post doc och biträdande universitetslektor vid Centrum för neuro- och beteendekonomi, Avdelningen för nationalekonomi, samt Prioriteringscentrum vid Avdelningen för hälso- och sjukvårdsanalys, Institutionen för medicin och hälsa, båda vid Linköpings universitet. gustav.tinghog@liu.se

Referensgrupp

Nedanstående företag, organisationer och myndigheter representeras i referensgruppen genom angivna medarbetare. Ordförande är Michael Sohlman.

Nadia Bracken och Anna Brodowsky, AbbVie
Birgitta Karpesjö, Apotekarsocieteten
Eva Fernvall, Apoteket AB
Suzanne Håkansson och Martin Henriksson, AstraZeneca
Thomas Broberg, Finansdepartementet
Johan Christenson, HealthCap
Anna Käll, Janssen-Cilag AB
Anders Blanck, LIF – De forskande läkemedelsföretagen
Susanne Baltzer och Lars Dagerholt, Läkemedelsverket
Billie Pettersson och Jacob Tellgren, Merck Sharp & Dohme
Erik Fahlbeck, Näringsdepartementet
Johan Brun och Kerstin Falck, Pfizer
Pontus Johansson, Socialdepartementet
Maarten Sengers, Socialstyrelsen
Magnus Thyberg, Stockholms läns landsting
Bo Claesson, Sveriges Kommuner och Landsting
Stefan Odeberg, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
Maria Landgren och Jenni Nordborg, VINNOVA

Granskning

Värdefulla synpunkter har lämnats av ledamöter i referensgruppen samt av särskilt utsedda granskare: fil.dr Ingemar Eckerlund, professor Clas Rehnberg och hälso- och sjukvårdskonsulten Fredrik Westander.

Rapporter från SNS forskningsprogram

Värdet av nya läkemedel

Värdet av nya läkemedel – en förstudie av Ulf-G Gerdtham, Ulf Persson och Katarina Steen Carlsson, Institutet för Hälso-och Sjukvårdsekonomi (IHE), Lund. Maj 2011.

Målinriktad behandling av bröstcancer av Adam Lundqvist, Nils Wilking, Ulf-G Gerdtham, Ulf Persson och Katarina Steen Carlsson, samtliga knutna till IHE. Januari 2013.

Medicinska framsteg i behandling av kronisk myeloisk leukemi av Adam Lundqvist, Anne-Charlotte Norlenius Ohm, Paul Dickman, Martin Höglund, Leif Stenke, Ulf-G Gerdtham, Ulf Persson, Magnus Björkholm och Katarina Steen Carlsson, samtliga knutna till IHE. Februari 2013.

Reumatoid artrit, biologisk behandling och förlorade arbetsdagar – exempel på användning av svenska hälsodataregister av Martin Neovius, Institutionen för medicin, Karolinska Institutet. Februari 2013.

Värdet av statiner – användningsmönster och följsamhet vid behandling av Ingegärd Anveden Berglind, Helle Kieler, Marie Linder, Anders Sundström, Björn Wettermark, Anna Citarella och Morten Andersen, Institutionen för medicin, Karolinska Institutet. Februari 2013.

Behandling av diabetes i ett hundraårigt perspektiv av Katarina Steen Carlsson, Christian Berne, Pierre Johansen, Gustav Lanne och Ulf-G Gerdtham, samtliga knutna till IHE. Februari 2013.

The Value of Pharmaceutical Innovation – within the context of policies that impact use of new medicines in Sweden av Billie Pettersson, MSD (gästforskare vid SNS i detta projekt) och Frank R. Lichtenberg, Columbia University, New York. Maj 2013.

Värdering och implementering av nya läkemedel – med exempel från cancerområdet av Bengt Jönsson, Handelshögskolan i Stockholm, och Nils Wilking, Karolinska Institutet. Maj 2013

Professionen, pennan och pengarna – regionala skillnader i användning av läkemedel av Mats Brommels, Johan Hansson, Emma Granström och Emma Wåhlin, Medical Management Centrum (MMC), Karolinska Institutet. Maj 2013.

Nya läkemedel och läkemedelsrelaterad sjuklighet – analysmöjligheter i svenska registerdata av Hanna Gyllensten, Nordic school of public health NHV, Göteborg, och Katarina Steen Carlsson, IHE. September 2013.

Räkna med register och randomisera mera! Inför pragmatiska, registerbaserade, randomiserade prövningar i svensk rutinsjukvård av Martin Neovius och Joakim Ramsberg, Karolinska Institutet. September 2013.

Läkemedel – när är det rimligt att betala själv? av Per Carlsson och Gustav Tinghög, Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet. Oktober 2013.

Värdet av läkemedel – slutrapport av Bengt Jönsson, Handelshögskolan i Stockholm, och Katarina Steen Carlsson, IHE. November 2013 (prel.).

Prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård är ofrånkomligt. När är det rimligt att individen ska betala för vissa läkemedel och behandlingar ur egen ficka? Hur sådana prioriteringar ska göras är en svårlöst och politiskt känslig fråga.

I *Läkemedel – när är det rimligt att betala själv?* utgår författarna från att den svenska hälso- och sjukvården i huvudsak kommer att förbli offentligt finansierad, men att privat finansiering kommer att öka. Författarna presenterar en etiskt grundad metod för att avgöra vad som bör ingå i det offentliga åtagandet och testar den på läkemedel och läkemedelsnära produkter. Metoden beaktar såväl fördelningsaspekter som möjligheter för att en fungerande marknad ska uppstå.

Vad som ska betalas privat respektive av offentliga medel har hittills inte beslutats utifrån tydliga och väl kända kriterier. Författarna visar att det är möjligt.



RAPPORT FRÅN SNS
FORSKNINGSPROGRAM

VÄRDET AV NYA

LÄKE MEDEL

