

Arbeidsnotat nr. 12/05

Helsepolitikk og individuelt ansvar

av

Alexander W. Cappelen

SNF-prosjekt nr. 2515

From circumstance to Choice: Implications of the new genetics
for social justice and health policy

Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd

SAMFUNNS- OG NÆRINGSLIVSFORSKNING AS

BERGEN, Februar 2005

ISSN 1503-2140

© Dette eksemplar er fremstilt etter avtale
med KOPINOR, Stenergate 1, 0050 Oslo.
Ytterligere eksemplarfremstilling uten avtale
og i strid med åndsverkloven er straffbart
og kan medføre erstatningsansvar.

1. Innledning

Folk gjør ulike valg i livet og mange av disse valgene påvirker deres helse og sannsynligheten for at de trenger medisinsk behandling. Kostnader ved behandling av såkalte livsstilsykdommer utgjør en stadig større andel av samlede helseutgifter. Verdens helseorganisasjon har anslått at “in the developed countries of North America, Europe and the Asian Pacific, at least one-third of all disease burden is attributable to these five risk factors: tobacco, alcohol, blood pressure, cholesterol and obesity” (WHO 2002; 163). Samtidig er det i media et økende fokus på betydningen av trening og kosthold for egen helse.

I lys av dette er det naturlig å spørre i hvilken grad helsevesenet bør holde folk ansvarlige for sine egne valg. Bør folks adferd, og graden av ansvarlighet, påvirke hvor mye de betaler for behandling eller hvilken type behandling de får? Det har vært en utpreget skepsis til å introdusere individuelt ansvar som en faktor i helsepolitikken. Tradisjonelle kriterier for prioritering i helsevesenet fokuserer på pasientenes helsetilstand og på forventet helsegevinst ved behandling. *Hvorfor* pasienten er syk, og spesielt i hvilken grad pasienten selv er ansvarlig for sin helsetilstand, blir sjelden brukt som et kriterium når ressurser eller kostnader skal fordeles. Det er gode grunner for en slik skepsis. Målet med denne artikkelen er imidlertid å argumentere for at mange av innvendingene som har blitt reist mot å introdusere individuelt ansvar i helsepolitikken har vært rettet mot en feilaktig fortolkning av hva det innebærer å holde folk ansvarlig. Artikkelen viser at en av de dominerende tradisjonene innen moderne normative teori, liberal egalitær rettferdighetsteori, gir en fortolkning av hva

det vil si å holde individer ansvarlige for sine valg som unngår de fleste av de tradisjonelle innvendingene.

I neste avsnitt presenteres den grunnleggende intuisjonen for å ta hensyn til personlig ansvar ved fordeling av kostnader og goder i helsevesenet og de viktigste innvendingene mot en slik praksis. I avsnitt tre presenteres såkalt liberal egalitær etikk og argumenterer for at dette rammeverket representerer en måte å inkludere hensynet til individuelt ansvar som unngår mange av disse innvendingene. Avsnitt fire diskuterer problemet med å bestemme hva folk er ansvarlige for og hva de ikke er ansvarlige for. Noen praktiske implikasjoner for helsepolitikk diskuteres i avsnitt fem og siste avsnitt konkluderer.

2. Individuelt ansvar for helse

Tanken om at folk bør holdes ansvarlige for konsekvensene av egne valg er en moralsk intuisjon som deles av de fleste. I en undersøkelse som nylig ble utført av MMI fikk utsagnet at vi burde akseptere ulikhet som skyldes forskjeller i personlige valg av for eksempel utdanning, yrke og arbeidstid, støtte av 87% av respondentene.¹ I noen sammenhenger har de fleste også denne intuisjonen når det dreier seg om fordeling av ressurser i helsevesenet. La oss illustrere med et eksempel: en person hopper utfor et stup. Ingen dytter ham eller presser ham til å gjøre det, han gjør det av fri vilje. På ryggen har han en fallskjerm. Vanligvis åpner den seg når han drar i en snor og hindrer at han knuses mot bakken nedenfor. Men noen ganger, og han vet omtrent hvor ofte, skjer det noe galt. Det gjør det denne gangen. Fallskjermen åpner seg bare delvis og han blir slått inn i fjellveggen. En farlig redningsoperasjon er nødvendig for å få ham til sykehus og det kreves omfattende ressurser for å behandle skadene og få ham på beina igjen. Mange vil mene at basehopperen helt eller delvis bør betale for disse kostnadene og en slik praksis er innført i mange land. Tilsvarende vil de fleste mene at det er riktig at den enkelte selv betaler for kostnader ved fjerning av tatoveringer, selv om det offentlige dekker kostnadene ved fjerning av skjemmende fødselsmerker.

Kostnadene ved behandling av uheldige basehoppere eller ved fjerning av stygge tatoveringer utgjør ikke noen stor andel av utgiftene i norsk helsevesen, men også for en rekke andre helseproblemer er pasientenes egen adferd en viktig forklaringsfaktor.

¹ Undersøkelsen ble gjennomført av Alexander Cappelen i samarbeid med Tone Ognedal og Steinar Strøm.

Store ressurser går med til å dekke kostnader ved behandling av lidelser som i større eller mindre grad skyldes forhold som har vært under pasientenes egen kontroll. Det er et faktum at for eksempel røyking, alkoholmisbruk, dårlig kosthold, for lite mosjon og ubeskyttet sex er forhold som ofte bidrar til helseproblemer. Verdens helseorganisasjon har laget følgende liste over de viktigste sykdomskildene i utviklende land.

Developed countries	
Tobacco	12.2%
Blood pressure	10.9%
Alcohol	9.2%
Cholesterol	7.6%
Overweight	7.4%
Low fruit and vegetable intake	3.9%
Physical inactivity	3.3%
Illicit drugs	1.8%
Unsafe sex	0.8%
Iron deficiency	0.7%

Table 1 Leading 10 selected risk factors as percentage causes of disease burden in developed countries measured in DALYs (= disability adjusted life years). *Source:* ¹

De fleste av faktorene på denne listen er forhold som man kan hevde pasientene selv har hatt en viss kontroll over. Det virker ikke urimelig at pasienter som lider av arvelige sykdommer eller som uforskyldt er har vært utsatt for ulykker bør gis prioritet i forhold til pasientgrupper med helseproblemer som er selvforskyldt.

På tross av dette er det stor skepsis til å introdusere individuelt ansvar som et kriterium i helsevesenet. Det er både normative og praktiske argumenter som underbygger en slik skepsis (se Cappelen og Norheim 2004a). Vi kan skille mellom to viktige normative argumenter mot å introdusere ansvarshensyn i helsevesenet. Den første er det vi kan kalle den humanitære innvendingen. Dette argumentet sier at vi har en forpliktelse til å hjelpe folk i nød uansett hva som måtte være årsaken til at de

trenger hjelp. Selv om vi mener at den uheldige basehopperen har et ansvar for sin situasjon må vi hjelpe ham når vi ser ham ligge forslått og blødende ved foten av fjellet. Det vil bryte med grunnleggende humanitære prinsipper å la ham ligge dersom han ikke kan betale for seg. Tilsvarende vil mange hevde at man ikke kan se en kreftsyk røyker øynene å fortelle ham at han ikke kan få den samme behandlingen som ikke-røykeren i sengen ved siden av.

Det andre normative argumentet er det vi kan kalle rimelighetsinnvendingen. Denne innvendingen fokuserer på det faktum at konsekvensene av individuelle valg ofte avhenger av forhold som er utenfor individets kontroll. Personer som gjør de samme valgene har ikke nødvendigvis det samme behovet for behandling. Dette er dels et resultat av ulike grader av hell eller uhell, som i eksempelet med den uheldige basehopperen, eller ulik genetisk disposisjon, for eksempel en disposisjon for å utvikle kreft ved røyking. Hvis folk må betale for sin egen behandling dersom behovet for behandling kan sies å være selvforskyldt, så vil det innebære at folk også holdes ansvarlig for forhold som er utenfor deres kontroll.

Selv om man mener at det å holde folk ansvarlige for egne valg er ønskelig i prinsippet, kan det likevel reises praktiske innvendinger mot en slik praksis. To innvendinger er knyttet til uheldige bi-effekter av å knytte fordeling og finansiering av helsetjenester opp mot individets adferd. Det første er det vi kan kalle privatlivsinnvendingen. Denne innvendingen er knyttet til informasjonsasymmetrien mellom pasient og lege. Pasienten vet langt mer om sin egen adferd enn legen. Å korrigere denne skjevheten vil kunne skade relasjonen mellom lege og pasient, spesielt dersom legen er den part som får ansvar for å innhente informasjon om

pasienten adferd. Leger som må foreta prioritering mellom ulike pasienter vil bli satt i en håpløs situasjon der de må fungere som dommere over folks adferd.

En annen innvending er moralismeinnvendingen. Denne innvendingen påpeker faren for at et ansvarskriterium vil fungere som måte å straffe visse former for adferd. For eksempel kan man tenke seg at folk blir holdt ansvarlig for røyking og alkohol, men ikke for andre former for adferd som medfører like stor risiko. Ansvarshensynet kan dermed innebære en snikinnføring av moralisme i helsevesenet.

Alle disse innvendingene er viktige, men nedenfor skal vi argumentere for at disse innvendingene i hovedsak er rettet mot en feil fortolkning av hva det vil si å holde individer ansvarlig. Spesielt skal vi hevde at liberal egalitær rettferdighetsteori viser hvordan ansvarshensynet kan introduseres på en måte som unngår innvendingene ovenfor.

3. Liberal egalitær teori

Liberal egalitære teorier om rettferdighet er spesielt egnet til å kaste lys over spørsmålet om individuelt ansvar i helsevesenet fordi de søker å kombinere to grunnleggende idealer i vestlig kultur; idealet om likhet og idealet om personlig frihet og ansvar. Det teoretiske fokus på sammenhengen mellom disse idealene kan føres tilbake til det banebrytende arbeidet av John Rawls (1971). Thomas Nagel (2002, p. 88) skriver at det Rawls har gjort er å “combine the very strong principles of social and economic equality associated with European socialism with the equally strong

principles of pluralistic toleration and personal freedom associated with American liberalism, and he has done so in a theory that traces them to a common foundation.”

Den grunnleggende moralske intuisjonen i liberal egalitær teori er at vi som samfunn har plikt til å utjevne ulikhet som skyldes forhold utenfor en persons kontroll, men at hvert enkelt individ bør holdes ansvarlig for ulikheter som skyldes forhold under deres egen kontroll (Dworkin (1981), Arneson (1989), og Roemer (1996)). Liberal egalitær teori kan dermed sies å ta utgangspunkt i to grunnprinsipper. Først, det liberale prinsipp at folk skal holdes ansvarlige for sin frivillig valgte adferd, hva vi kan kalle *ansvarsprinsippet*. For det andre, det egalitære prinsipp at forskjeller som skyldes faktorer utenfor folks kontroll skal elimineres, hva vi kan kalle *utjevningsprinsippet*.

Anvendt på helsepolitikk betyr dette at vi skal holde individer ansvarlige dersom de frivillig velger en adferd som kan være helseskadelige, men vi skal kompensere for forskjeller i helsetilstand som skyldes forhold de selv ikke har noe kontroll over. Målet for helsepolitikken bør med andre ord ikke være å sikre folk *lik behandling* uansett adferd, men å sikre alle mennesker *like muligheter til helse*. Hvordan man velger å bruke sine muligheter er ikke samfunnets ansvar og hver person må derfor holdes ansvarlig for sin helseskadelige adferd. Innenfor et liberalt egalitært perspektiv blir det derfor viktig å skille mellom to typer ulikhet i helse. Ulikhet som skyldes faktorer som er under personens kontroll og ulikhet som skyldes faktorer som er utenfor personens kontroll. Eksempel på den første type faktorer er kosthold eller treningsmengde, mens det beste eksempel på den andre typen faktorer er genetiske disposisjon eller medfødte handikap. Man ønsker å eliminere den siste typen ulikhet,

men ikke den andre typen ulikhet. Dette innebærer at man ikke kan vurdere hvordan ressurser og kostnader skal fordeles mellom ulike pasientgrupper uten å vite hvordan lidelsene oppsto. Skal vi holde folk ansvarlig for sine valg må vi kunne akseptere ulikhet i behandling også mellom pasienter som har samme lidelse og samme nytte av behandlingen. Årsaken til folks helseproblemer påvirker hvilken behandling de har krav på fra samfunnets side.

Det er viktig å understreke at det liberal egalitære perspektivet ikke sier at folk skal finansiere kostnadene ved enhver behandling som kunne ha vært unngått dersom man hadde valgt en annen adferd. En diabetiker må for eksempel ikke ta det fulle ansvar for sine egne lidelser dersom ikke overholder en streng diett. Tvert imot forteller kompensasjonsprinsippet oss at samfunnet har en plikt til å legge forholdene til rette slik at også diabetikere har en mulighet til å leve et fullverdig liv. Den grunnleggende ideen er nettopp at ansvar og kompensasjon må kombineres slik at folk står overfor de samme mulighetene.

Et universelt helsesystem, som behandler alle som lider av bestemte sykdommer, innebærer to former for omfordeling. For det første omfordeler man mellom personer med ulik tilbøyelighet til å bli syk. For det andre omfordeler man fra de som er forsiktige og lever et sunt liv, til de som lever mindre sunt og tar større sjanser med sin egen helse. Denne siste formen for omfordeling er ikke ønsket hvis vi aksepterer det liberal egalitære perspektivet.

Det er også viktig å merke seg at det liberal egalitære argumentet for å holde individer ansvarlig er forskjellig fra incentivargument som benyttes av konsekvensetiske

teorier, for eksempel utilitarismen. De helseøkonomiske analysene, for eksempel QALY-analysen, er et godt eksempel på en rendyrket konsekvensorientert tilnærming. Disse teoriene vil imidlertid være utelukkende fremoverskuende og appellere til de positive konsekvensene av å holde individer ansvarlig. Individens egne valg kommer bare inn i konsekvensorienterte vurderinger i den grad *framtidige* valg blir påvirket av måten ressurser og kostnader fordeles på. For eksempel har det blitt argumentert for at folk bør bære kostnadene ved helseskadelig adferd for å redusere slik adferd eller for å øke effektiviteten ved behandlingen.

Dette incentivargumentet fanger imidlertid ikke opp den grunnleggende tanken at folk er ansvarlig for sine egne valg. La oss gå tilbake til eksempelet med basehopperen og tenke oss at en annen person ble skadet under redningsoperasjonen. Begge blir fløyet til nærmeste sykehus, men sykehuset har bare ressurser til å ta seg skikkelig av en av dem. Hvilken av pasientene bør gis prioritet i en slik situasjon? Selv om prioriteringen mellom dem ikke har noen incentiveffekter og selv om effekten av behandlingen er den samme for begge pasientene virker det intuitivt rimelig at redningsmannen bør gis prioritet i denne situasjonen. Dette forteller oss at vi tilegger årsaken til at en person trenger medisinsk behandling betydning.

4. Hva er vi ansvarlige for?

Dersom man skal holde personer ansvarlig er det avgjørende å klargjøre hvilke faktorer de er ansvarlig for. De fleste liberal egalitære teorier argumenterer for at man bare skal holde en person ansvarlig for de forhold som er under hennes kontroll. Men dette svaret reiser umiddelbart et nytt spørsmål: hva er under folks kontroll og hva er utenfor deres kontroll. Hvor dette 'kuttet' skal trekkes har opptatt store deler av moderne etisk teori. John Rawls (1971) introduserte et skille mellom det han kalte omstendigheter (circumstances) og valg (choice). Hvilke ressurser personer har til rådighet er i henhold til Rawls bestemt av personlig og sosiale omstendigheter utenfor deres kontroll og samfunnets ressurser bør derfor fordeles likt² for å sikre alle like muligheter. De preferansene hver enkelt har, deres ide om de gode liv, er imidlertid noe Rawls mener er under den enkeltes kontroll. Hvordan hvert enkelt individ velger å bruke sine ressurser er derfor deres eget ansvar.

Det skillet Rawls trekker mellom de forhold som er utenfor vår kontroll og de forhold som er under vår kontroll må justeres på to måter for å være egnet for helsepolitiske spørsmål. For det første tar ikke skillet hensyn til at folks medfødte evner til å nyttegjøre seg ressurser er forskjellige. Det mest åpenbare eksempelet er personer som er født med handikap. Ronald Dworkin (1981) påpekte at man ikke sikret like muligheter bare ved å gi folk samme inntekt. Han hevdet at samfunnet har en plikt til å kompensere individer for ulikheter i muligheter for å nyttegjøre seg inntekt, for

² I følge Rawls kan ulikhet bare aksepteres dersom det, på grunn av insentiveffekter, vil føre til at de som får den minste andelen av ressursene likevel får mer enn de ville fått ved fullkommen likhet.

eksempel medfødt handikap som gjør det vanskeligere og mer kostbart å utføre visse handlinger.

For det andre tar ikke Rawls' skille mellom omstendigheter og valg hensyn til at de omstendigheter en person befinner seg i ofte er et resultat av personens egne valg. Mange teoretikere innenfor equal opportunity perspektivet har de siste tiårene forsøkt å rette opp denne svakheten ved Rawls' teori (Dworkin (1981), Arneson (19xx), Roemer (1993), Le Grand (1991), Fleurbaey (1996)). Når man anvender idealet om like muligheter på prioriteringer i helsevesenet blir dette spesielt viktig fordi en persons helsetilstand i stor grad er påvirket av de valg han eller hun tar.

Kritikken av Rawls' teori viser hvor vanskelig det kan være å trekke et entydig skille mellom de faktorer som er utenfor og de som er innenfor en persons kontroll. Det er interessant å legge merke til at store deler av den politiske debatten nettopp dreier seg om hvor dette skillet går. De fleste politiske partier ville kunne akseptert kompensasjons- og ansvarsprinsippet slik det er presentert ovenfor. De vil imidlertid være uenige om hvor kuttet mellom individuelle valg og omstendighet utenfor individers kontroll går. Typisk er partier på venstresiden i politikken tilbøyelige til å forklare en større del av folks situasjon, økonomisk og helsemessig, med henvisning til omstendigheter utenfor individers kontroll, mens partier på høyresiden vil forklare en større del av folks situasjon ved henvisning til individenes egne valg.

Et vanskelig spørsmål når man skal trekke skillet mellom det som er utenfor og det som er under personers kontroll, er hvorvidt folk egentlig kan sies å være fullt ut ansvarlige for de valg og beslutninger de gjør. Noen vil svare benektende på dette

spørsmålet og hevde at individuelle valg bare delvis er under deres kontroll. I eksempelet med basehopperen virker det åpenbart at han selv valgte å hoppe, men vet vi hvorfor basehopperen hopper? Som med spørsmålet om hvorfor Jeppe drikker kan det tenkes en rekke omstendigheter som reduserer graden av personlig ansvar. Er kanskje tilbøyeligheten til å hoppe et resultat av en vanskelig barndom eller en genetisk disposisjon som øker behovet for adrenalin? Enda mer komplisert blir det i andre tilfeller. Er en person som røyker ansvarlig for sin røyking? Vi vet at tilbøyeligheten til å røyke varierer mellom ulike sosio-økonomiske grupper. Hvis en person som røyker tilhører en gruppe hvor nesten alle røyker, kan vi da virkelig hevde at det er vedkommendes egen skyld at han eller hun røyker? Spesielt i situasjoner hvor kunnskap om hva som kan gi opphav til helseproblemer er ujevnt fordelt mellom ulike grupper er dette et vanskelig spørsmål. Det er likevel viktig å merke seg at samfunnet gjør slike vurderinger regelmessig, bl.a. i rettsvesenet.

5. Hvordan holder vi folk ansvarlig for sin adferd?

Dersom vi blir enige om *hva* folk skal holdes ansvarlige for er det fremdeles ikke åpenbart *hvordan* man skal holde folk ansvarlig for egne valg og hvordan man skal kompensere for forskjeller som er utenfor folks kontroll. La oss for eksempel si at vi mener en person skal holdes ansvarlig dersom hun velger å røyke. Innebærer det at personer som velger å røyke på tross av helserisikoen selv må dekke alle utgiftene ved medisinsk behandling dersom de blir syke? Svaret på dette spørsmålet er noe overraskende nei. Dersom alle personer hadde hatt samme sannsynlighet for å ta skade av røyking kunne en slik løsning vært akseptabel, men sannsynligheten for å ta

skade av røyking varierer fra person til person. Én person kan røyke 20 sigaretter om dagen uten å ta skade av det, mens en annen person som røyker like mye har en stor sjanse for å få lungekreft. Hvorvidt man faktisk blir syk av røyking avhenger med andre ord både av faktorer som er under ens egen kontroll (hvor mange sigaretter man røyker) og faktorer som er utenfor ens kontroll (sannsynligheten for å bli syk for et gitt forbruksmønster). Holder vi folk ansvarlige for hvorvidt de faktisk blir syke, for eksempel gjennom et system med egenbetaling, holder vi dem også ansvarlige for den siste typen faktorer. Det er dette problemet som er fanget opp i rimelighetsinnvendingen diskutert ovenfor.

Den store utfordringen er dermed hvordan man skal kunne holde folk ansvarlige for deres adferd (om man røyker eller ikke) uten å holde folk ansvarlig for sin type (tilbøyelighet til å bli syk). En forutsetning for at personer skal ha *like muligheter til helse* er at de forventede helsekostnadene ved en bestemt type adferd er den samme. Dette innebærer at folk som har den adferden må behandles *som om* de var identiske med hensyn til forhold utenfor deres kontroll. For eksempel bør to personer som røyker det samme antall sigaretter stå overfor den samme kostnaden ved sin adferd, uansett om de blir syke eller ikke. Et system hvor alle får gratis behandling dersom de blir syke, men hvor tobakk avgiftsbelegges vil oppnå et slikt resultat. To personer som røyker det samme antall sigaretter vil betale de samme totale avgiftene. Et avgiftssystem fordeler dermed utgiftene mer rettferdig mellom heldige og uheldige røykere.

Ved å legge en avgift på tobakk kan man dessuten sikre en mer rettferdig fordeling av kostnadene i helsevesenet mellom røykere og ikke-røykere. Dersom avgiften settes lik

de forventede utgiftene, dvs. kostnadene ved behandling dersom du blir syk multiplisert med sannsynligheten for å bli syk, ville samfunnet ha sørget for at det var røykerne som betalte for kostnader knyttet til røyking.

Det liberal egalitære perspektivet har med andre ord klare implikasjoner for hvordan behandling av livsstilssykdommer ideelt sett bør finansieres. Liberal egalitære teori vil avvise at finansieringen skal skje med vanlige skatter fordi det vil bryte med ideen om at individer skal holdes ansvarlige for sine valg. Samtidig vil den avvise et system med egenandeler fordi et slikt system vil holde pasientene ansvarlig for for mye. Ideelt sett bør behandlingen av slike lidelser finansieres gjennom å skattlegge de aktiviteter som gir opphav til lidelsene (se Cappelen og Norheim (2004a)).

En slik løsning unngår de fleste av de innvendingene mot å ta hensyn til individuelt ansvar som ble nevnt i seksjon 2. For det første unngår den åpenbart rimelighetsinnvendingen mot å introdusere et ansvars-kriterium i helsevesenet siden folk utelukkende holdes ansvarlig for sin adferd. Den humanitære innvendingen er heller ikke relevant så lenge de avgifter som ilegges ikke er vesentlige i forhold til personers totalinntekt. Det er heller ingen grunn til å tro at det å holde folk ansvarlige gjennom avgifter vil skade forholdet mellom lege og pasient fordi det vil være en annen instans, for eksempel skattemyndighetene som har oppgaven med å holde folk ansvarlige. Faren for moralisme er imidlertid fremdeles til stede siden det kan være lettere å få oppslutning om å avgiftsbelegge visse typer adferd. Samtidig vil de valg som blir gjort trolig være gjenstand for demokratisk debatt noen som kan redusere også dette problemet.

Det er åpenbare begrensninger knyttet til bruken av avgifter for å holde folk ansvarlige. En avgiftsfinansiering av helsekostnader fungerer bare godt dersom det er en enkel sammenheng mellom bruken av et produkt og sannsynligheten for å bli syk. Dersom det er helt ufarlig for helsen, muligens sunt, å drikke et glass vin per dag, men svært helseskadelig å drikke en flaske, vil det ikke være mulig å bruke en slik enkel skatt for å sikre en rettferdig fordeling av kostnadene. En enda viktigere begrensning er det faktum at størstedelen av den adferden som påvirker folks adferd, kan ikke observeres eller avgiftsbelegges. I slike situasjoner kan man ikke oppnå det liberal egalitære idealet. Gitt at man aksepterer det liberal egalitære perspektivet blir målsetningen da å komme så nært som mulig idealet.

Bruk av egenandeler for livsstilssykdommer kan betraktes som en nest-beste løsning i situasjoner hvor man ikke kan holde folk ansvarlige for sin adferd direkte. Denne muligheten kan illustreres med et eksempel (se Cappelen og Norheim 2004b for en grundigere analyse av dette eksempelet). Anta at man har en gitt mengde ressurser som skal fordeles mellom å finansiere astmamedisin eller tannlegebehandling. Behovet for astmamedisin er et resultat av forhold utenfor pasientens kontroll, men en andel av de som trenger tannbehandling har forsømt sin tannpleie. Det er ikke tilstrekkelig ressurser tilgjengelig til å fullfinansiere begge behandlingsformene. La oss videre anta at behandling av disse to lidelsene vil be rangert omtrent likt dersom man brukte tradisjonelle prioriteringskriterier. Liberal egalitær teori vil hevde at det i en slik situasjon vil være et relevant hensyn at behovet for tannlegebehandling i større grad er selvforskyldt enn behovet for astmamedisin. Dette kan være et argument for å ha lavere egenandeler på astmamedisin fordi man på den måten sikrer at en større andel av fellesskapets ressurser går til pasienter som er uforskyldt syke. En uønsket

effekt av en slik løsning vil åpenbart være at også de pasientene som ikke har forsømt sin tannpleie må betale en egenandel. Det er imidlertid viktig å se at vi i denne situasjonen ikke kan unngå å gjøre urett mot noen personer. Målsetningen må derfor være å minimere den samlede urett og det gjøres ved å gi prioritet til astmapasientene.

6. Avslutning

Denne artikkelen har argumentert for at det er mulig å introdusere hensynet til individuelt ansvar i helsevesenet på en måte som unngår mange av de tradisjonelle innvendingene. I lys av liberal egalitær rettferdighetsteori har artikkelen argumentert for at pasienter ikke bør holdes ansvarlig for utfallet av sine handlinger, men for handlingene som sådan. Ut i fra et slikt perspektiv er den ideelle formen for ansvarliggjøring system hvor alle som blir syke får gratis behandling kombinert med et avgiftssystem som knytter en avgift direkte opp mot den helseskadelige aktiviteten. Nivået på en slik avgift kan settes slik at de samlede inntektene finansierer den forventede økningen i kostnader som en følge av aktiviteten. Et slikt system sikrer at folk med ulik disposisjon får de samme mulighetene til en god helse. Det kan også sikre en rettferdigfordeling av ressurser mellom personer med ulik livsførsel.

Det er bare i få situasjoner hvor man faktisk vil ha mulighet for å holde folk ansvarlig gjennom et slikt avgiftssystem. Dette idealet kan likevel være viktig i utformingen av helsepolitikk også i situasjoner hvor idealet ikke kan nås. Eksempelet med prioriteringen mellom astmapasienter og tannlegepasienter viser at individuelt ansvar også kan introduseres som et hensyn i visse prioriteringssituasjoner.

Referanser

- Arneson (1989) "Equality and equal opportunity for welfare". *Philosophical Studies* 56: 159-194.
- Bossert, W. and M. Fleurbaey (1996) "Redistribution and compensation". *Social Choice and Welfare* 13: 343-355.
- Cappelen, A. and B. Tungodden (2003a), "Reward and responsibility – how should we be affected when others change their effort", in *Politics, Philosophy and Ethics*, nr 2.
- Cappelen, A. and B. Tungodden (2003b), "Redistribution and Reward", in *Finanzarchiv* N. F. volume 59.
- Cappelen, A. and O. F. Norheim (2004a), "Responsibility in health care – a liberal egalitarian approach", forthcoming in *Journal of Medical Ethics*.
- Cappelen, A. and O. F. Norheim (2004b), "Personal responsibility and the determination of co-payments", *SNF Working Paper* 04/45.
- Dworkin, R. (1981) "What is equality? Part 2: equality of resources". *Philosophy and Public Affairs* 10: 283-345.
- Fleurbaey, M. (1995) "Equal opportunity or equal social outcome". *Economics and Philosophy* 11: 25-55.
- Le Grand, J. (1987), Equity, health and health care, *Social justice research*, vol. 1, pp. 257-74,
- Le Grand, J. (1991), *Equity and Choice*. Harper Collins, London.
- Nagel T. *Concealment and Exposure & other Essays*. Cambridge Mass, Oxford: Oxford University Press, 2002.
- Rawls, J. (1971), *A Theory of Justice*, Cambridge University Press
- Roemer, J. (1993) "A pragmatic theory of responsibility for the egalitarian planner". *Philosophy and Public Affairs* 22: 146-166.

Roemer, J. (1996), *Theories of Distributive Justice*. Harvard University Press.

WHO. The World health report: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva:

World Health Organization, 2002.