

PRIORITERINGSPROCESSEN

Del I: övergripande strategier

Peter Garpenby

PrioriteringsCentrum
2003:3

ISSN 1650-8475

PrioriteringsCentrum • Landstinget i Östergötland • 581 91 Linköping
Telefon: 013-22 20 00 (vxl) **Telefax:** 013-22 77 99
Hemsida: <http://e.lio.se/prioriteringscentrum>
E-post: prioriteringscentrum@lio.se

Förord

PrioriteringsCentrum har till uppgift att kartlägga pågående projekt i Sverige som anknyter till området prioritering i vård och omsorg men också att producera kunskapsöversikter. Föreliggande rapport utgör första delen i ett projekt benämnt "Olika tekniker vid prioritering – en fördjupad klassificering och analys" som bedrivs inom PrioriteringsCentrum, med stöd från Socialstyrelsen. Begreppet "tekniker" kan leda tankarna i en riktning som får oss att tro på enkla lösningar på resursfördelningens dilemma inom vård och omsorg. Innan vi kan överväga att tillämpa enskilda "tekniker" eller "metoder" i ett sådant sammanhang är det emellertid nödvändigt att bättre förstå förutsättningarna att bedriva den process varigenom prioriteringar blir till. En förståelse för enskilda "tekniker" förutsätter en tydligare bild av prioriteringsprocessen. I denna rapport används några av de övergripande strategier för prioritering, som diskuteras i den internationella litteraturen, för att tydliggöra prioriteringsprocessen. I nästa steg – i en följande rapport - kommer enskilda "tekniker" eller "metoder" att knytas till denna process, vilket förhoppningsvis leder till klargöranden om deras potential och begränsningar.

Linköping 2003-03-04

Peter Garpenby

SAMMANFATTNING

Denna rapport utgör första delen av två rapporter som behandlar olika aspekter av prioriteringsprocessen. Prioriteringsprocessen innefattar ställningstaganden, val, inhämtande av information, tolkning av information, beslut och aktiviteter för att vinna stöd för de olika momenten i en sådan process. Prioritering av kollektiva resurser medför medvetna val mellan alternativ och försiggår på olika nivåer i ett samhälle, med olika typer av aktörer inblandade (politiker, tjänstemän, vårdpersonal, patienter, medborgare). I rapporten behandlas ett antal övergripande ”strategier” för prioritering av hälso- och sjukvård som har hämtats från den internationella litteraturen.

Strategin ”*Att fyndigt hanka sig fram*” (eng. muddling through elegantly) tar avstånd från generella regler eller ”formler” för fördelning av resurser till vården, eftersom de tenderar att göra verksamheten statisk. Istället bör personalen i vården åtnjuta en betydande frihet att besluta om resursernas fördelning. Allmänheten har begränsad insyn i prioriteringsprocessen, men ges möjlighet att bedöma resultatet.

Inom strategin för ”*Rationellt beslutsfattande*” (eng. rational decision-making) är inhämtandet av information en central aktivitet – vanligtvis den viktigaste. Aktuell information av bästa slag, helst framtagna genom vetenskaplig metod, ska ligga till grund för ställningstaganden – inget annat. Beslutsfattare på olika nivåer förväntas kunna handla rationellt, d.v.s. de ska med ledning av tillgänglig information söka efter den optimala lösningen utan att låta sig påverkas av ovidkommande faktorer.

Strategin för ”*Pluralistisk förhandling*” (eng. pluralistic bargaining) menar att prioritering handlar om förmågan att ta fram socialt acceptabla beslut; och att en sådan process måste upprepas gång efter gång. Öppenhet, deltagande av många olika parter i processen, förmågan att ställa olika argument mot varandra och att analysera dessa, och slutligen att få besluten att framstå som ”rimliga”; det är den bästa möjliga lösningen på prioriteringsproblematiken.

Strategin ”*Samhällsdiskussion om värdegrund*” (eng. the community approach) utgår från antagandet att påfrestningarna i samhället kommer att växa till gigantiska proportioner om vi söker finansiera alla potentiella medicinska insatser. Risken är att vi på vägen tappar bort väsentliga värden i synen på vad som är ett ”humant samhälle” och ett ”gott liv”. En bred diskussion i samhället bör initieras för att vi ska kunna angripa den ”omöjliga” värdegrund som driver utvecklingen i fel riktning. Allmänheten ska delta i detta ”samtal” varefter politiker och administratörer tar fram ”kategoribaserade riktlinjer” som tillämpas av vårdpersonalen.

II

”*Kombinerat beslutsfattande*” (eng. the model of health care requirements) är en kombination av inslag från en rationell respektive en pluralistisk strategi. Dels tydliga mål och principer, nyttjandet av god information och dels insikten om att prioriteringar måste ske fortlöpande på olika nivåer och med hänsyn tagen till lekmannasynpunkter (konsultation av patienter och allmänhet).

”*Nivåanpassat beslutsfattande*” (eng. explicit and implicit decision making) utgår från en situation där politiker tvingas vara tydliga i frågor om vad som ska finansieras medan verkställandet av beslut på andra nivåer innebär en ”dold” process för prioritering (inte ett positivt val, utan som en tvingande omständighet). Den öppenhet som tillämpas på en nivå fungerar som ”skydd” för den dolda process som måste genomföras på andra nivåer.

Om vi enbart fokuserar på frågan om öppenhet kan det förefalla som om de aktuella strategierna egentligen inte skiljer sig åt nämnvärt, mer än på några punkter. En sådan slutsats är emellertid helt felaktig; betydande skillnader framträder om man mera i detalj skärskådar respektive strategi.

Genomgången pekar i riktning mot att vi inte har att göra med en prioriteringsprocess utan istället med två processer – en avseende *intern legitimitet* och en avseende *extern legitimitet*. Det är först när vi gör denna ”boskillnad” som innehållet i de olika strategierna blir riktigt begripligt.

Processen för intern legitimitet kännetecknas av förmågan att hitta en kunskapsbas (vetenskaplig) och argument för att bygga prioriteringar på sådan kunskap. Det är den enda vägen som en kunskapsorganisation likt hälso- och sjukvården kan anträda för att säkerställa förtroendet för prioriteringar. ”Kombinationsstrategin” beskriver en rimlig modell för att säkerställa intern legitimitet i en prioriteringsprocess.

Vad som behandlas av strategin för ”pluralistisk förhandling”, ”samtalssamtal om värdegrund” respektive ”att fyndigt hanka sig fram” är en prioriteringsprocess för att förbättra förutsättningarna för extern legitimitet. De visar emellertid på två fundamentalt olika sätt: att i förväg (*ex ante*) bygga under förtroendet genom vägledande principer respektive en öppen och pluralistisk beslutsprocess eller att i efterskott (*ex post*) ge utrymme för granskning och korrigering av utfallet.

Av de granskade strategierna är det två som framstår som mer attraktiva när det gäller ambitionen att i Sverige utveckla en prioriteringsprocess för hälso- och sjukvård. Det är dels ”kombinationsstrategin” för att säkra *intern legitimitet* och en strategi för ”pluralistisk förhandling” för att öka förutsättningar för *extern legitimitet*.

INNEHÅLL

1. INLEDNING	1
1.1 BAKGRUND.....	1
1.2 SYFTE	3
1.3 PRIORITERING ELLER RANSONERING?	3
2. PRIORITERINGSPROCESSEN	6
2.1 INITIERING	7
2.2 PROBLEMFÖRMULERING	7
2.3 BESLUTFATTANDE	8
2.4 IMPLEMENTERING	10
2.5 SEKVENSER OCH STÄLLNINGSTAGANDEN I PRIORITERINGSPROCESSEN	11
2.6 ÖPPEN ELLER DOLD PRIORITERING.....	11
3. ÖVERGRIPANDE STRATEGIER FÖR ATT HANTERA RESURSFÖRDELNINGENS DILEMMA	12
3.1 ”ATT FYNDIGT HANKA SIG FRAM”	14
3.2 ”RATIONELLT BESLUTFATTANDE”	17
3.3 ”PLURALISTISK FÖRHANDLING”	20
3.4 ”SAMHÄLLSDISKUSSION OM VÄRDEGRUND”	23
3.5 ”KOMBINERAT BESLUTFATTANDE”	26
3.6 ”NIVÅANPASSAT BESLUTFATTANDE”	28
4. AVSLUTANDE DISKUSSION	29
REFERENSER	37

1. INLEDNING

1.2 Bakgrund

Den moderna hälso- och sjukvården – med biomedicinsk forskning som drivkraft – frambringar både möjligheter och problem. En gigantisk teknologisk revolution har inneburit att vi kan förstå och ingripa i framför allt kroppsliga problem, och detta har väckt stora förhoppningar i befolkningen. Riktningen var synlig redan i slutet av 1800-talet och tilltron till vetenskapens möjligheter att bekämpa ohälsa accelererade ytterligare efter det andra världskriget.

Samhällets politik för att främja hälsa kom att bli liktydig med ökad tillgänglighet till medicinska tjänster. Den realiserades dels genom stöd till medicinsk forskning och utbildning och dels genom att de direkta kostnaderna för vård avlastades den enskilde och lyftes över till kollektiv finansiering – genom skatter eller försäkringar. Genom övergången till kollektiv finansiering separerades den enskildes vårdkonsumtion från den ekonomiska transaktionen – den senare togs över av en *tredje part*, som kan vara en offentlig skattefinansierad organisation likt ett svenskt landsting, en organisation för obligatorisk försäkring eller en privat försäkringsorganisation.¹

Det är numera sällsynt att hälso- och sjukvård tillhandahålls på en fri marknad. En fri marknad förutsätter prioritering, genom att den enskilde avgör hur tillgängliga resurser ska avsättas till olika ändamål. Individens får själv bedöma om t.ex. kostnaden för vård står i proportion till nyttan, på precis samma sätt som vid andra beslut avseende varor och tjänster. Måste jag gå till doktorn när ryggen krånglar eller kan jag vänta och lägga mina pengar på annat?

Av uppenbara skäl har många nationer valt att fördela hälso- och sjukvård efter andra principer än de som gäller på den fria marknaden; d.v.s. genom

¹ Inriktningen och de praktiska lösningarna kom att skilja sig åt mellan länder som t.ex. Sverige, Storbritannien, Tyskland och USA. Men gemensamt hade de en stark tilltro till medicinsk forskning och medicinska tjänster för att förbättra befolkningens hälsa. Man föreställer sig kanske att enbart omtanken om den enskilde låg bakom införandet av kollektiv finansiering av vårdtjänster. I länder där man valde en offentlig skattefinansierad sjukvårdsorganisation, såsom Sverige och Storbritannien, fanns ett starkt ”paternlistiskt” drag i kombination med rationella överväganden: sjukvården sågs inte som en individuell rättighet utan den skulle tillhandahållas genom en effektiv organisation. I Tyskland var genomförandet av en obligatorisk sjukförsäkring i slutet av 1800-talet – föregångaren till dagens sjukkaesystem - en del av ett politiskt spel av en konservativ regering för att vinna arbetarnas stöd. I USA var grundinställningen att den enskilde själv bör skaffa sig ett adekvat försäkringsskydd och offentliga medel kom senare att användas endast för att tillhandahålla vård för sådana grupper som inte kunde komma ifråga för egen försäkring. Se Fox 1986, Klein 1995, Freeman 2000.

individuella beslut och egen finansiering. För det första har individen svårt att överblicka när i tiden som sjukvårdstjänster behöver konsumeras – det krävs en beredskap för framtida konsumtion. Den som saknar en sådan beredskap (som inte räknar med att drabbas av sjukdom eller olyckor) riskerar att råka illa ut. För det andra har den enskilda människan oftast svårigheter att avgöra vilken nivå på konsumtionen som är den rätta – att bedöma om ”pris” och ”kvalitet” på tjänsten står i rimlig proportion till ”nyttan” med insatserna. För att komma bort från problemen skapas försäkringslösningar, på privat basis eller genom offentliga arrangemang. Man brukar i detta sammanhang tala om en s.k. ”tredje part”, som inte bara förvaltar de kollektiva resurserna utan även ”garanterar” att vårdproducenterna håller rätt kvalitet.²

Inslag av individuell efterfrågan kvarstår dock genom att den enskilde måste ta ett initiativ att vända sig till vården, men behovet av vård kommer att bedömas av en representant för en profession, vanligtvis en läkare. Eftersom den medicinska vetenskapens framsteg medfört att allt fler kan erhålla adekvat behandling har förhoppningar förvandlats till behov. I de fall sjukdomar inte kan avlägsnas, kan de ofta kontrolleras, och möjligheterna att förbättra individens livskvalitet ökar. Att innovationer tänder nya förhoppningar, som omvandlas till behov är den moderna sjukvårdens inbyggda ”logik”.

I nationer där kollektiv finansiering av vård blivit norm, ställs krav på resurstillskott och i den mån tillskotten inte kan hålla jämna steg med förväntningarna (en kombination av individuell efterfrågan och professionellt bedömda behov) måste ställningstagande ske om hur resurserna ska fördelas. En sådan process kan vara mer eller mindre väl strukturerad och tydliggjord för medborgarna. I de fall medvetna beslut om avvägning mellan tydliga alternativ sker talar vi om en prioriteringsprocess. Besluten har flyttats från individen till

² En tredjepartsfinansiering av hälso- och sjukvårdstjänster förutsätter alltid en avvägning av resurser. I ett land som USA där sjukvården finansieras genom olika källor – privata försäkringar betalda genom arbetsgivaren, offentliga försäkringssystem och egenbetalning, finns också återhållande mekanismer. Dessa verkar inte bara genom att 40 miljoner i den amerikanska befolkningen saknar egentligt försäkringsskydd, utan genom inslag av egenbetalning, och uttunning (kvaliteten på tjänsterna varierar efter vilket försäkringsskydd man har). I den offentligt finansierade delen av den amerikanska hälso- och sjukvården – avsedd för den del av befolkningen som är ”fattig” (Medicaid) - tillämpas en flexibel prioritering, genom att varje delstat avgör gränsen för ”fattigdom”, och saknas resurser ändras gränsdragningen (Rooks 1990). Den officiella bilden är trots detta att ingen prioritering sker i USA. Man avser då öppen prioritering, där beslutsfattare tydligt anger på vilket sätt begränsningar förekommer (Morone 1992). Det finns observatörer som menar att även USA måste våga diskutera prioriteringar öppet. Det kommer inte att bli möjligt ens för ett av världens rikaste länder att expandera sina sjukvårdstjänster i det oändliga (Callahan 1990a, 1990b).

en tredje part, som kan vara vårdproducenten själv, en försäkringsorganisation eller en politiskt styrd organisation.

1.2 Syfte

Denna rapport utgör första delen av två rapporter som behandlar olika aspekter av prioriteringsprocessen. Prioriteringsprocessen innefattar ställningstaganden, val, inhämtande av information, tolkning av information, beslut och aktiviteter för att vinna stöd för de olika momenten i en sådan process. Prioritering av kollektiva resurser medför medvetna val mellan alternativ och försiggår på olika nivåer i ett samhälle, med olika typer av aktörer inblandade (politiker, tjänstemän, vårdpersonal, patienter, medborgare). I denna rapport behandlas ett antal övergripande ”strategier” för prioritering av hälso- och sjukvård som har hämtats från den internationella litteraturen. Med strategi menas ett genomtänkt tillvägagångssätt.³ Urvalet är författarens eget och syftet är att visa några olika uppfattningar om var ”tyngdpunkten” i prioriteringsprocessen bör ligga, hur man bör angripa problemet med svåra val i vården på en övergripande nivå. Dessa ”strategier” är inte heltäckande, d.v.s. de behandlar inte alla aspekter av prioriteringsproblemet, de innehåller inte svar på alla frågor, de kan i många fall vara svåra att jämföra sinsemellan. Avsikten är förutom att lyfta fram ”kärnan” i budskapet bakom respektive strategi, att utröna vilka inslag i de olika strategierna som är uteslutande – d.v.s. kan inte kombineras med andra strategier respektive är möjliga att kombinera.

1.3 Prioritering eller ransonering?

Vi har tidigare konstaterat att alla hälso- och sjukvårdssystem, oavsett form för finansiering och produktion, tillämpar ”mekanismer” för fördelning av resurser (mellan sektorer, områden, teknologier och individer).⁴ Sällan finner man renodlade strategier som tillämpas över alla områden och nivåer i ett samhälle. Genomgående torde fördelningen ske genom en serie beslut av olika karaktär, på olika nivåer, där vissa kommer att resultera i *prioritering*, medan andra leder till *ransonering*.

³ En strategi behöver inte alltid innebära aktivitet och förändring, den kan också innebära ett passivt förhållningssätt; att inte rubba på nuvarande handlingslinjer och praxis.

⁴ Fördelning ska uppfattas som ett ”paraplybegrepp” – resurser delas upp mellan olika mottagare. Vanligtvis sker dock fördelningen genom prioritering eller ransonering, d.v.s. medvetna beslut om rangordning eller beslut att vårdbehov inte åtgärdas fullt ut. För en mer omfattande analys av begreppen se Liss 2002.

Prioritering innebär medvetna val där övervägda alternativ rangordnas (efter medvetet valda kriterier), medan ransonering är ett beslut som innebär att inte åtgärda ett vårdbehov optimalt.⁵ I praktiken innebär detta att ett beslut om prioritering (att sätta A före B) även kan få till följd att ett tillstånd av ransonering uppstår (vanligt i detta sammanhang är tidsransonering, d.v.s. patienten får vänta innan ett vårdbehov blir åtgärdat).

Inom hälso- och sjukvårdens område kan vi urskilja åtminstone sex olika ”mekanismer” som används för att hantera ”gapet” mellan tillgängliga resurser och potentiella vårdbehov. Dessa ”mekanismer” kan förekomma enskilt, eller mera vanligt, i olika kombinationer (Parker 1975, Klein et al 1996). Några är resultatet av beslut på nationell nivå, medan andra företrädesvis uppträder på regional (eller motsvarande nivå), eller på sjukhus- eller kliniknivå.

Vägran (eng. denial)

”Vägran” innebär att vissa behandlingsformer, individer eller grupper av individer utestängs från den kollektiva finansieringen (skatter, allmän försäkring etc.). På vilka grunder sådana beslut sker varierar (t.ex. att en viss behandlingsform inte är nödvändig för att individen ska leva ”ett gott liv” eller att kostnaden inte står i rimlig proportion till värdet av insatsen). ”Vägran” är en tydlig form av prioritering (ett medvetet beslut grundat på en bedömning enligt tydliggjorda kriterier).

Urval (eng. selection)

Detta är ett förfarande som väl överensstämmer med vår definition av prioritering, nämligen att man väljer mellan sjukdomsområden, behandlingsformer, teknologier eller patienter och genomför en rangordning. Själva beslutsprocessen kan variera vad gäller principer, information och deltagare. Man kan göra ett urval som baseras på t.ex. ”rättvisa”, ”behov” eller ”effektivitet”.

Hinder (eng. deterrence)

Det är en mycket vanlig ”mekanism” för att påverka resursallokeringen inom hälso- och sjukvården. Avgifter (eng. co-payment) kan användas för att påverka efterfrågan på vård (genom differentierade avgifter till olika vårdnivåer eller genom s.k. högkostnadsskydd, där ”högkonsumenter” av vård inte behöver

⁵ Vi följer de definitioner av begreppen som föreslagits av Liss (2002). Ett problem är att det i debatten sker en sammanblandning av olika fenomen under beteckningarna prioritering och ransonering. Särskilt i engelskspråkig litteratur används begreppen ”prioritisation” och ”rationing” ibland synonymt.

betala ur egen ficka över ett visst ”tak”). Till denna kategori kan även räknas fysisk lokalisering av service (individens efterfrågan kan då påverkas genom ”rättigheter” till subventionerade sjukresor eller möjligheter att erhålla hembesök av vårdpersonal). Även felaktig eller utebliven information om möjligheten att söka vård kan påverka individens efterfrågan. ”Hinder” kan betraktas som ransonering, eftersom besluten riskerar att leda till att vårdbehov inte blir optimalt åtgärdade.

Fördröjning (eng. delay)

”Fördröjning” kan betraktas som en mycket vanlig ”mekanism” när hälso- och sjukvården ska hantera en situation där alla individer som efterfrågar tjänster inte kan betjänas samtidigt. ”Fördröjning” visar sig i form av väntelistor eller köer. Olika principer tillämpas för hantering av väntelistan: ”först till kvarn” eller efter ”behov” (Yates 1987). Individen kan påverka situationen i de fall det finns möjlighet att byta/välja vårdgivare eller genom att pröva olika ”ventiler” i form av privat finansiering (egenbetalning eller försäkringar). ”Fördröjning” är ett exempel på ransonering av vård.

Avledning (eng. deflection)

Även denna ”mekanism” är vanlig inom hälso- och sjukvård och synlig genom förbud eller administrativa svårigheter att själv välja vårdnivå. Istället slussas individen mellan olika nivåer efter bedömning av vårdprofessioner. Konkret sker detta i form av krav på s.k. remiss, ett tillstånd att passera till nästa vårdnivå. ”Avledning” kan betraktas som en form av ransonering.

Uttunning (eng. dilution)

I detta fall syftar besluten till att ”sänka” kvaliteten på tjänster, t.ex. genom att vårdpersonalen ägnar mindre tid åt vissa patienter eller att vissa provtagningar utgår. Det kan också innebära att patienten tas om hand av personal med lägre utbildningsnivå (vanligt om det råder brist på personal med en längre utbildning).⁶ Den oiniterade kan ha svårt att uppfatta att ”uttunning” förekommer liksom att bedöma konsekvenserna om kunskap om de optimala möjligheterna saknas. I detta fall kan vi också tala om ransonering av vård.

⁶ Det är dock viktigt att påpeka att alla förändringar i omhändertagandet som innebär att personal med lägre utbildning möter patienten inte kan betraktas som ransonering. Det är fullt möjligt att patientens vårdbehov kan tillfredsställas bättre genom kontakter med personal som har kortare, men för situationen mer adekvat, utbildning. En situation av ransonering uppstår enbart om beslutet att ”substituera” personal har en bakgrund i bristande resurser och en medvetenhet om att det leder till att vårdbehov inte kommer att åtgärdas optimalt.

2. PRIORITERINGSPROCESSEN

När vi talar om prioriteringsprocessen, vad menar vi egentligen? Liss (2002, s.11) anger att ”prioritera innebär normalt en kombination av flera val och beslut.” Det är kombinationen mellan olika val och beslut som bildar en process, menar han. Processen kan innehålla olika beslut beroende på situationen. Ytterst sker ett beslut om rangordning av alternativ – en typ av beslut som förekommer i samtliga prioriteringsprocesser. I sin enklaste form kan prioriteringsprocessen vara en rangordning mellan två alternativ (t.ex. A och B). Många olika alternativ kan dock inkluderas i processen (t.ex. sjukdomsgrupper eller behandlingsformer). Att prioritera innebär att ordna alternativen utifrån ett kriterium (det som Liss kallar prioriteringsobjekt och som kan vara t.ex. *vårdbehov* eller *kostnadseffektivitet*). I realiteten torde dock en blandning av olika kriterier kunna förekomma, varför prioriteringsprocessen kan bli svår att genomlysas.⁷ Oaktat dessa komplikationer, innehåller varje prioriteringsprocess val och beslut där någon vid någon tidpunkt väljer (a) deltagare i processen (b) de alternativ som ska beaktas, (c) det kriterium eller de kriterier som ska användas (d) den information som ska ligga till grund för beslut och (e) den beslutsordning som ska tillämpas.

Prioriteringsprocessen kan i sin enklaste form uppfattas så att någon, som kan vara en enskild individ men oftare en grupp av beslutsfattare, gör ett antal ställningstaganden i flera steg. Prioritering kan bedrivas på olika nivåer – man brukar i detta sammanhang skilja på makro, meso och mikro. Det är dock inte alldeles tydligt hur denna indelning ska förstås (det kan avse en hierarkisk struktur, t.ex. nationell, regional och lokal nivå men också olika typer av beslut, t.ex. mellan sjukvård och andra sektorer, mellan sjukdomsgrupper och mellan individer eller olika typer av beslutsfattare, t.ex. politiker, administratörer och vårdpersonal. I den fortsatta diskussionen behandlas i ringa grad en prioriteringsprocess ”på vårdgolvet”, där enskilda beslutsfattare tar beslut om rangordning på individnivå (mellan patienter). Istället kan vi föreställa oss en beslutsprocess inom en organisation, med en större uppsättning av beslutsfattare,

⁷ Det mest omfattande försöket att rangordna alternativ, i detta fall medicinska åtgärder, torde vara det som genomfördes i den amerikanska delstaten Oregon i början av 1990-talet, vilket berörde den offentligt finansierade vården till ”fattiga” delstatsbor (Medicaid). Först inkluderades 1680 alternativ som senare reducerades till 709. I realiteten användes där en blandning av kriterier såsom, kostnadseffektivitet och ”samhällsvärderingar” (eng. community values), för att avgöra rangordningen, där vissa alternativ (åtgärder) kunde finansieras medan andra hamnade ”under strecket” och inte blev föremål för offentlig finansiering. Se vidare Honingsbom et al 1995. Försöket som torde vara unikt vad gäller storskalighet vid prioritering är ett exempel på ”basic package” eller ”positive list”, ett förfaringsätt där man söker ta ställning till vilka alternativ bland en total uppsättning åtgärder som ska bli finansierade. Vanligtvis sker prioritering genom en serie beslut vid olika tidpunkter och på olika nivåer i samhället.

där syftet är att prioritera mellan grupper eller verksamheter. I första hand gäller våra exempel en hälso- och sjukvård där åtminstone vissa ställningstaganden sker genom beslut i politiska församlingar. Den prioriteringsprocess som avses kan dock tänkas omfatta val och beslut av många olika slags aktörer.

Man kan föreställa sig att en prioriteringsprocess av ett sådant slag omfattar åtminstone fyra delmoment:

Initiering (agenda-setting)	Problemformulering (policy formulation)	Beslutsfattande (decision-making)	Implementering (implementation)
---------------------------------------	---	---	---

2.1 Initiering

Initiering är en ofta bortglömd men viktig fas i den process som leder fram till ett beslut. I denna fas avgörs vilka frågeställningar som senare ska bli föremål för genomlysning och beslut. Här avgörs också hur ett problem ska uppfattas: som varande av ”teknisk” eller ”politisk” natur. Ett ställningstagande som kan få avgörande betydelse för vilka aktörer som kommer att delta fortsättningsvis, vilken typ av information som kommer att samlas in och ligga till grund för beslut (Baumgartner och Jones 1991). Det torde stå klart att en fråga eller ett problem kan initieras på flera olika sätt: mer ”panikartat” (om något har ”gått snett”) eller efter moget övervägande (Cobb, Ross och Ross 1976, Kingdon 1984). Vem som initierar en fråga, hur denna erhåller stöd (av vilka aktörer), hur den först definieras och presenteras för en bredare krets, kan således avgöra dess fortsatta behandling.

2.2 Problemformulering

I denna fas identifieras de alternativ som ska ställas mot varandra (i vissa fall kan detta ha påbörjats redan i föregående skede). En stor mängd alternativ kan beaktas för att sedan reduceras till det antal som kan hanteras vid ett beslut. I detta skede avgörs både vilka alternativ en prioritering ska omfatta (t.ex. vilka behandlingsformer som ska ställas mot varandra) och prioriteringskriterium (på vilka grunder prioriteringen ska ske). Här beslutas om hur information ska samlas in och vilka metoder som i så fall ska användas. Vissa alternativ kommer över huvud taget inte att beaktas, de väljs bort på olika grunder – vilket avgörs av hur deltagande aktörer uppfattar problemet och vilka hinder i omvärlden som de förväntar sig att stöta på (Jones 1984). Avgörande för den fortsatta hanteringen av frågan kan vara vem som bjuds in till att delta i ”problemformuleringen”. Olika konstellationer av aktörer förekommer

antagligen i olika prioriteringssituationer.⁸ Sammansättningen avgörs bl.a. av vilken typ av expertis som behövs i den aktuella situationen och hur behovet av stöd i omgivningen uppfattas (legitimitet). I praktiken är problemformuleringen ett försteg – en serie beslut – som är nog så viktigt för utgången av det som vi uppfattar som det egentliga beslutsfattandet.

2.3 Beslutsfattande

I denna fas sker ett ställningstagandet till kvarvarande alternativ. Antalet aktörer kan också ha reducerats inför beslutsfattandet. Man kan föreställa sig olika kombinationer av beslutsunderlag: evidens (information insamlad med t.ex. vetenskaplig metod) eller värderingar. Friheten att ta beslut kan inskränkas genom olika regler eller procedurer som påverkar beslutsfattarnas handlingsutrymme. Det finns ingen given form för en ideal beslutsprocess utan den ”stil” (eng. style) som tillämpas kan variera beroende på förutsättningarna (Lindblom och Cohen 1979).⁹

Forester (1984) har angivit ett antal variabler (egenskaper) som kan ha betydelse för vilken form av beslutsfattande som är möjlig i olika situationer. Han anger fem egenskaper som kan variera i olika dimensioner:

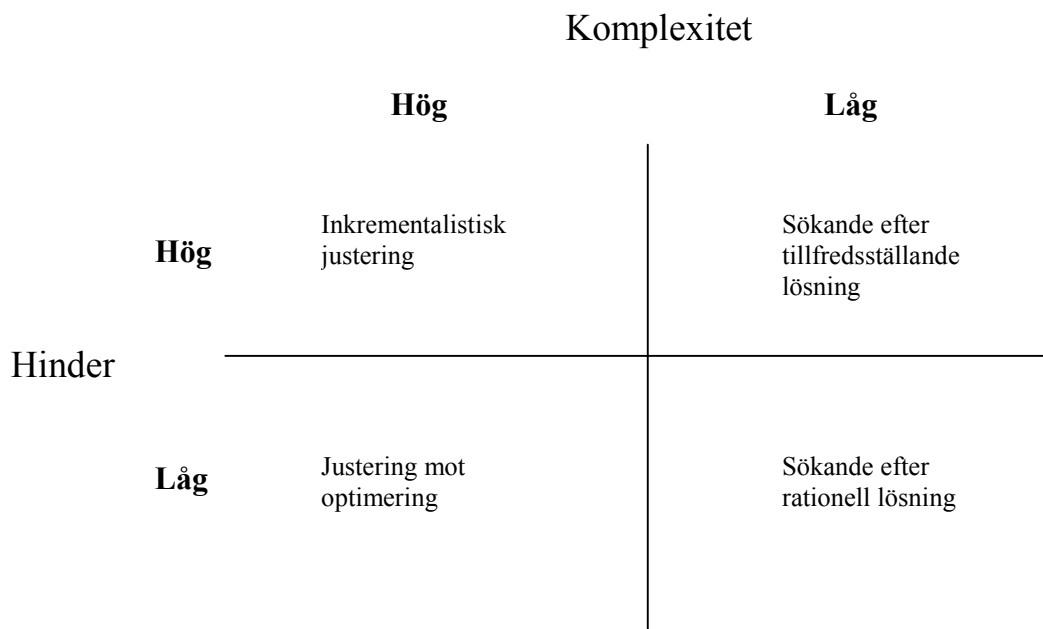
Variabel	Dimensioner
1. Aktörer	Fåtal ----- Många
2. Miljö	Sluten mot omgivningen ----- Öppen mot omgivningen
3. Problem	Väl definierat ----- Oklart
4. Information	Entydig ----- Omtvistad
5. Tid	Oändlig ----- Begränsad

⁸ Det finns en omfattande litteratur som behandlar frågan om deltagare vid problemformulering och sökandet efter lösningar (eng. policy formulation). Ämnet anses viktigt eftersom sammansättningen av deltagare anses kunna avgöra hur besluten kommer att utformas liksom dess konsekvenser. Dessa konstellationer av aktörer går under benämningar som ”sub-governments”, ”iron triangles”, ”issue networks”, ”policy communities” etc. (Se t.ex. Jordan 1990 för en översikt).

⁹ En omfattande debatt har utspelats under flera decennier i frågan om hur realistisk en ”rationell beslutsmodell” egentligen är: om denna över huvud taget förekommer. Den rationella modellen kan i korthet beskrivas som en situation där alla mål är specificerade, där alla alternativ övervägs på ett neutralt sätt och där en optimal lösning eftersträvas som innebär minsta möjliga resursåtgång för att nå fram till målet (den mest ”kostnadseffektiva” lösningen). Alternativ till denna modell har lanserat, t.ex. ”the incremental model” (Lindblom 1959) och ”the garbage can model” (Cohen, March och Olsen 1972). Medan den rationella modellen snarast kan betecknas som ”normativ”, d.v.s. den beskriver ett önskvärt tillstånd, är de två senare empiriska modeller, d.v.s. de är tänkta att beskriva faktiska tillstånd i verkligheten.

Beroende på hur egenskaperna uppträder kan resultatet bli olika former för beslutsfattande. Det är sammanhanget som avgör vilken beslutsform som är den möjliga, menar Howlett och Ramesh (1995). De utgår från Foresters kategorier och drar slutsatsen att i en situation av ”hög komplexitet” (eng. high complexity) med många aktörer inblandade och hög grad av insyn från omgivningen i kombination med ”många hinder” (eng. severity of constraints), innebärande oklart definierade problem, omtvistad information och begränsad tid, är förutsättningarna för ”djärva” beslut som innebär genomgripande förändringar minimala. Det är endast i en situation med ”låg komplexitet” och ”få hinder” som ett mer ”rationellt sökande” efter lösningar blir möjlig. Howlett och Ramesh (1995) anger fyra huvudsakliga beslutsformer vilka kan hänföras till olika situationer (Figur 1).

Figur 1. Nivå på komplexitet och hinder vid beslutsfattande relaterat till ”beslutsstil”



Inkrementalistisk justering = en stegvis justeringar på marginalen med inslag av förhandling.

Sökande efter tillfredsställande lösning = beslutsfattande baserat på bästa tillgängliga information med måttliga ambitioner att göra förändringar

Justering mot optimering = ett försiktigt letande efter nya lösningar under konstant prövning av det möjliga

Sökande efter rationell lösning = beslutsfattande baserat på bästa tillgängliga information där nya och djärva lösningar kan sökas om informationen pekar i sådan riktning

2.4 Implementering

Före 1970-talet betraktades implementering, d.v.s. genomförandet av beslut, som en oproblematiske aktivitet – närmast ett ”mekaniskt” verkställande. Några år senare kom dock studier som visade att målsättningen med komplicerade program syftande till intervention i samhället ingalunda alltid förverkligades (se t.ex. Pressman och Wildavsky 1973). Implementering (eng. policy implementation) kom därefter allt mer att betraktas som ett skeende med egna regler och förutsättningar. Ett antal faktorer har framhållits som betydelsefulla i sammanhanget. För det första, den typ av problem man söker åtgärda genom aktuellt beslut inklusive storleken på målgruppen (förändringar inom en avgränsad målgrupp är vanligtvis lättare att hantera än en större och mer diversifierad) och vilka förändringar som åsyftas (beteendeförändringar i befolkningen är mycket svårare att åstadkomma än t.ex. ändringar i regler för ett socialförsäkringssystem). För det andra, förändrade sociala förhållanden påverkar förutsättningarna för implementering (t.ex. åldersstrukturen i befolkningen ger effekter på både hälso- och sjukvård och socialförsäkringssystem), liksom ekonomiska, teknologiska och politiska förhållanden. För det tredje, stödet hos allmänheten för en specifik förändring kan vara svagt och kan behöva påverkas. Det kan emellertid vara väl sent att ta hänsyn till sådana förhållanden i implementeringsskedet – det borde kanske ha hanterats redan vid initieringen av förändringen (Howlett och Ramesh 1995).

Förutsättningarna för implementering varierar beroende på hur tydligt formulerat ett beslut är och om de som är satta att verkställa beslutet förstår innebörden och besitter viljan och förfogar över resurser för att omsätta det i praktisk handling. Förutsättningarna påverkas också av förhållanden inom den verkställande organisationen: om beslutet ligger i linje med gällande rutiner och lokal praxis. Om vi exemplifierar med prioritering av vård, så är det stor skillnad på ett beslut som innebär en rangordning mellan åtgärder som ska finansieras respektive inte ska finansieras (en lösning som brukar benämnas ”core service”), och ett beslut som i mer vaga termer meddelar att vården ska fördelas efter ”behov”, men utan att ange vilka kriterier som ska användas för att fastställa behov (en lösning som går under namnet ”areas of priorities”).

2.5 Sekvenser och ställningstaganden i prioriteringsprocessen

Om ovanstående resonemang ska överföras till en tänkt prioriteringsprocess, vilka ställningstaganden kan då bli aktuella inom respektive delmoment?

Initiering: Hur uppfattas problemet? Vilket stöd finns för denna uppfattning? Varför är prioritering en lösning på den rådande situationen ?

Problemformulering: Mellan vilka alternativ ska vi prioritera? Vilka kriterier ska användas för att göra val mellan dessa alternativ (t.ex. vårdbehov, kostnadseffektivitet)? Vilken information behöver vi och hur ska den samlas in? Vem ska delta i denna fas och vem ska ta beslut om alternativ, kriterier och information?

Beslutsfattande: Vilka förutsättningar råder för det aktuella prioriteringsbeslutet och vilka konsekvenser har detta för tolkning av information och utrymme för deltagande? Vilka åtgärder behövs för att skapa legitimitet för beslutet?

Implementering: Vilket stöd finns internt i organisationen och i omgivningen för att implementera det aktuella beslutet? Vilka hinder vid implementeringen kan identifieras? Hur ska implementeringen följas upp och resultatet bedömas?

Initiering	Problemformulering	Beslutsfattande	Implementering
Problemuppfattning	Alternativ	Tolkning	Stöd
Stöd	Kriterier	Deltagare	Hinder
Principer	Information	Legitimitet	Kontroll

Vi kommer fortsättningsvis (Kapitel 3) att undersöka några ”strategier” för prioritering, och det blir då av intresse att se i vilken utsträckning dessa ger vägledning i frågan hur man bör agera i prioriteringsprocessens olika delmoment.

2.6 Öppen eller dold prioritering

I samband med genomgången av de olika strategierna bör vi skilja på om dessa innebär öppen respektive dold prioritering. Begreppet öppen prioritering (eng. explicit priority-setting) förekommer alltmer i debatten. I allt större utsträckning förespråkas mer av öppen prioritering, dock inte alltid. Som framgår av nedanstående redovisning (kapitel 3) förekommer även argument för att prioritering ska försiggå i huvudsak utan insyn från allmänheten. Vad menar vi

då med *öppen prioritering*? Liss (2002) lämnar förslag på ett antal tänkbara definitioner, och tycks stanna för följande:

”En prioritering är öppen i den utsträckning prioriteringsbesluten, grunderna och resonemangen (inklusive förväntade konsekvenser) är tillgängliga för alla som önskar ta del av dem.”

Liss 2002, s. 21

Förvisso kan det i några fall vara svårt att se om en strategi verkligen uppfyller dessa krav (det beror naturligtvis på hur den praktiska tillämpningen kommer att se ut). I de flesta fall ter det sig dock möjligt att klassificera exemplen med avseende på om syftet är *öppen* eller *dold* prioritering.

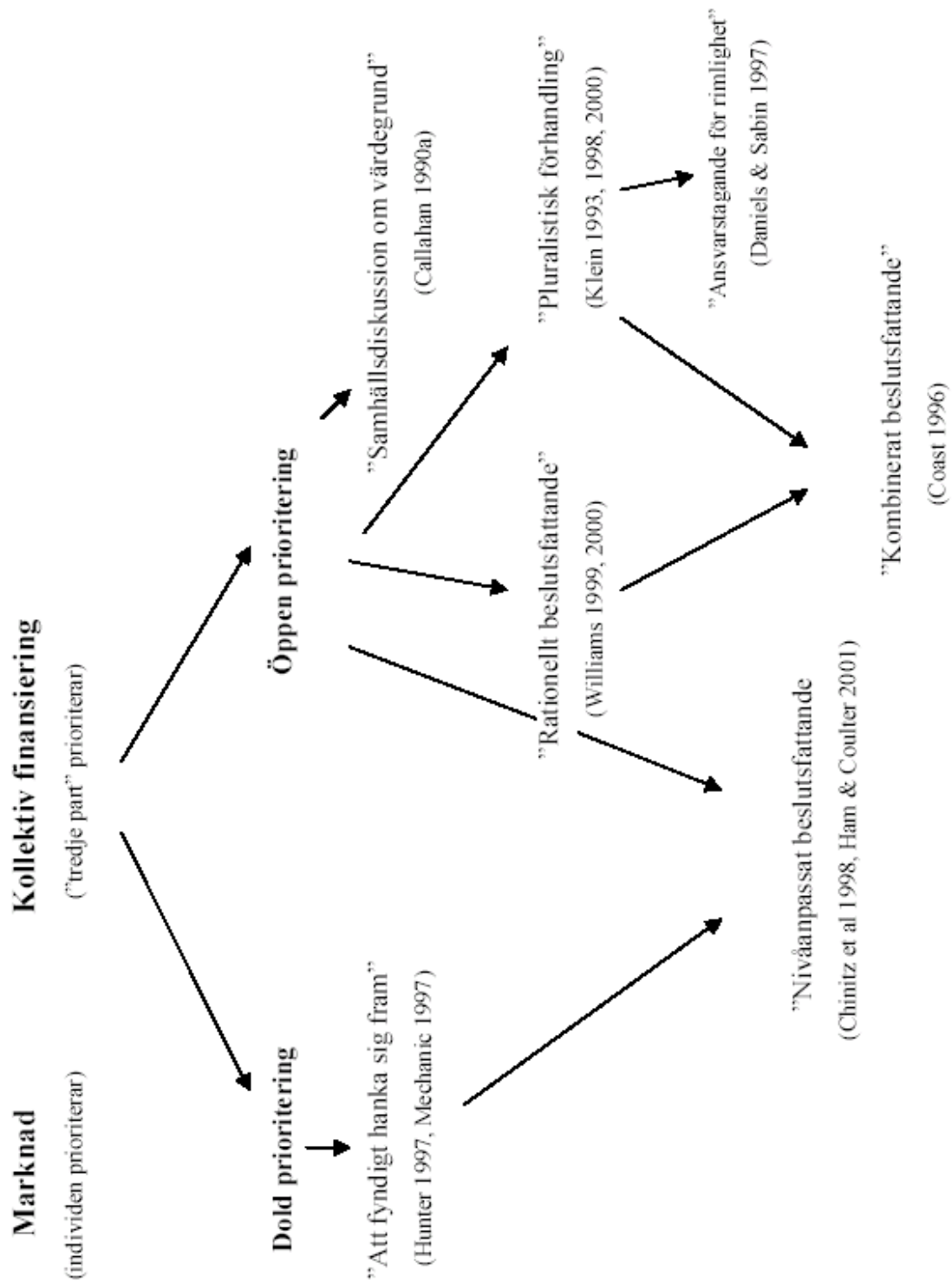
3. ÖVERGRIPANDE STRATEGIER FÖR ATT HANTERA RESURSFÖRDELNINGENS DILEMMA

I detta kapitel presenteras sex övergripande strategier för utformning av en prioriteringsprocess (se figur 2). Fyra av dessa kan betraktas som renodlade, d.v.s. de uppvisar distinkta särdrag, medan övriga två är att betrakta som kombinationer av de andra eller med inslag från de andra.¹⁰ Några är kända under sitt engelska namn och i dessa fall har jag sökt konstruera en lämplig svensk titel.¹¹ I något fall finns inget vedertaget namn och då har rapportens författare konstruerat såväl svensk som engelsk titel.

¹⁰ En strategi (”ansvarstagande för rimlighet”) behandlas endast summariskt i anslutning till ”pluralistisk förhandling” och räknas således inte in bland de sex. Anledningen är att denna strategi i många avseenden ligger nära ”pluralistisk förhandling”.

¹¹ Det gäller ”muddlig through elegantly”, ”the community approach”, ”rational decision making”, ”pluralistic bargaining” och ”the model of health care requirements”.

Figur 2. En schematisk bild över de strategier som förekommer i rapporten.



3.1 "Att fyndigt hanka sig fram" (eng. *muddling through elegantly*)

Denna strategi utgår från antagandet att fördelning av resurser inom vården – genom prioriteringsbeslut - är ett komplicerat och känsligt territorium, som är svårt att beträda för såväl allmänhet som beslutsfattare. Hälso- och sjukvård bör utmärkas av en hög grad av flexibilitet som möjliggör anpassning till individers olika vårdbehov och personliga förhållanden. Fördelningen av resurser till vården bör inte ske genom generella regler eller "formler" som tenderar att göra verksamheten statisk. Istället bör personalen i vården åtnjuta en betydande frihet att besluta om resursernas fördelning. De främsta förespråkarna för en sådan uppfattning är den brittiska hälso- sjukvårdsforskaren David J. Hunter och hans amerikanska kollega David Mechanic. Även om författarna erkänner att resurser måste fördelas mellan olika nivåer i vården tar de skarpt avstånd från en situation där politiska och administrativa beslut bakbinder vårdpersonalens möjligheter till lokal anpassning på "mikronivån." Mechanic (1997) anger fem skäl till en sådan inställning:

- En standard¹² som lagts fast är svår att förändra vilket är olämpligt i ett så pass dynamiskt system som hälso- och sjukvården, där nya teknologier introduceras vilka snabbt måste kunna anpassas till enskilda patienter.
- Kärnan i hälso- och sjukvården är det personliga mötet mellan patient och läkare, vilket sker i förtroende och dialog och utvecklas till en process av "upptäckt" och "förhandling" om den bästa lösningen i det enskilda fallet.
- Alla patienter är olika och deras behov av och preferenser om vård varierar i hög grad, beroende på t.ex. ålder, kön, sociodemografiska förhållanden och tidigare erfarenheter av sjukdom.
- Hälso- och sjukvården måste anpassas till individers – patienters och anhörigas – livsbetingelser, t.ex. beträffande när och var tjänsterna ska tillhandahållas och då är flexibilitet ett viktigt inslag.
- När beslut stadfästs på papper blir konflikten mellan olika behov synlig vilket kan skada (destabilisera) hälso- och sjukvårdssystemet och leda till misstankar om politisk manipulering.

¹² Det är inte alldeles klart vad Mechanic (1997) avser med standard (eng. standard). Antagligen åsyftas regler för vilka behandlingsmetoder som får användas (i praktiken de som tredje parten ersätter). Mechanic uppfattar försöket i delstaten Oregon som det främsta exemplet på "explicit rationing" med alla dess negativa följder.

Hunter och Mechanic förespråkar en försiktig linje där en majoritet av svåra beslut om resursfördelning sker utan offentlig insyn och debatt ("muddling through elegantly" eller "implicit rationing"). De avvisar ett nationellt regelverk som lägger fast principer för prioriteringar – det finns emellertid skillnader mellan de två författarna i dessa avseenden (se vidare nedan). Mechanic sammanfattar fördelarna med en sådana strategi i följande ordalag:

"The value of implicit rationing is its capacity to respond to complexity, diversity, and changing information in a sensitive and timely way. It builds on the strength of doctor/patient communication and sensitivity to the range of needs and preferences of patients whose life circumstances vary greatly."

Mechanic 1997, s.86

Hunter och Mechanic efterlyser ett ansvarsfullt kliniskt beslutsfattande som innebär att patientnyttan ska vägas mot kostnader. En sådan prioritering kan dock inte ske helt och hållet utan insyn, menar de. Konsekvenserna av ett kliniskt beslutsfattande som innebär prioritering på individnivå måste kunna diskuteras, dels mellan de verksamma i vården ("peer review") och dels vid extern revision ("outside audit").

Eftersom prioritering innebär känsliga beslut för individen ska det finnas utrymme för den enskilda patienten att få sina rättigheter prövade. Hunter (1997, .139) tänker sig regler för en "rättvis och konsistent" handläggning av patientärenden ("standards for fair and consistent administrative procedures"). Sådana regler kan t.ex. föreskriva att sjukvårdens företrädare ska utveckla dialogen med patienten och kunna motivera beslut om de ifrågasätts. I detta fall kan demokratiskt utsedda församlingar tillåtas garantera "proceduriell rättvisa".¹³

Hunter är motståndare till ett beslutsfattande på nationell nivå i frågor om prioritering mellan sjukdomsområden och teknologier. Inom dessa områden bör inte heller någon offentlig debatt om prioritering förekomma och allmänheten (medborgarna) ska inte involveras i sådana beslut. Han är skeptiskt till att låta politiker, administratörer eller allmänhet påverka beslutsprocessen i sådana frågor – om de kliniskt verksamma tvingas "abdikera" ökar risken för att icke relevanta kriterier, såsom ålder och livsstil, kommer att påverka prioriteringsprocessen. En offentlig diskussion kan möjligen föras om

¹³ Hunter och medförfattare har utvecklat sin syn på "proceduriella rättigheter" i sjukvården i annat sammanhang. De vill inte se några "absoluta rättigheter" till vård, vilka är omöjliga att hantera i ett offentligt finansierat system, utan det handlar om procedurbaserade rättigheter, d.v.s. möjligheten för varje individ att få sitt fall genomlyst och hanterat efter tydliga bedömningsgrunder, vilka ska formuleras i förväg (Coote & Hunter 1996)

fördelningen av resurser mellan hälso- och sjukvård och andra samhällssektorer. Han menar att en öppen debatt om prioritering och ransonering i princip är av ondo eftersom den riskerar att skada allmänhetens tilltro till hälso- och sjukvårdssystemet.

”There is a particular threat to the notion of ‘common goods’ or ‘collective provision’ which is the glue holding the NHS [National Health Service = den brittiska offentliga sjukvården] together. Widening the debate about rationing could give rise to a new individualism or narrow utilitarianism which may weaken the collectivist ethos which underpins the NHS.”

Hunter 1997,s. 138

Mechanic (1997,s.87) tillstår dock att ”government must establish some limits on the proportion of its resources that go to medical care compared with other sectors”. Han går längre än Hunter genom att tillerkänna politiker och administratörer rätten att ta beslut om huruvida mycket kostsamma teknologier som gynnar ett fåtal ska tillhandahållas samt vilken policy som ska gälla för nya teknologier som tar stora resurser i anspråk.

”They [government and administrators] can decide that certain interventions are of so little effectiveness and utility that they should not be included in the medical care benefit package or that drugs and other interventions that have no better outcomes than less expensive ones should be excluded.”

Mechanic 1997,s. 87

Sådana riktlinjer kan vara till hjälp för läkaren vid försök till ”påtryckningar” från patienter, menar han (det är dock oklart vem som bör stå bakom riktlinjerna och på vilken nivå de bör utvecklas). Således retirerar Mechanic från positionen att beslut om resursfördelning ska förbehållas enbart den kliniska nivån. Han tycks istället luta åt en strategi där dold och öppen prioritering existerar sida vid sida (”__ a proper balance between explicit and implicit approaches __”s.87). Emellertid får detta inte innebära att regler bakbinder läkarens kliniska frihet i sådana situationer där patientens bästa kräver olika sär lösningar, menar han.

Även Hunter (1997,s.145) mjukar upp sin hållning när han diskuterar möjligheten att förstärka det demokratiska inslaget i hushållningen av hälso- och sjukvårdens resurser på lokal nivå.¹⁴ Alla beslut om resursfördelning kan inte ske genom interaktion mellan läkare och patient, utan ”the commissioning of

¹⁴ Det är tydligt att han utgår från situationen inom den brittiska offentliga sjukvården, NHS, i detta fall. Han diskuterar möjligheten att ersätta ”health authorities”, som är tillsatta för att verkställa statliga direktiv, med direktvalda organ (”local authorities”).

health services according to locally determined priorities, together with other public services which have an impact on health, is an appropriate matter for a publicly accountable, representative body.”

Det är på den lokala nivån viktiga beslut bör fattas, anser han, och allmänheten ska bereda möjlighet att utkräva ansvar för resultatet av prioriteringsbeslut. Att låta själva prioriteringsprocessen utspelas inför öppen ridå strider dock mot innebörden i Hunters budskap. Det är också oklart om han anser att prioriteringsbesluten ska finnas tillgängliga för allmänheten.¹⁵

3.2 ”Rationellt beslutsfattande” (eng. *rational decision-making*)

Anhängarna av denna strategi utgår från antagandet att beslutsfattare är målinriktade och att avsikten med beslutsfattandet är att finna den bästa lösningen för att komma fram till ett väl definierat mål. En rationell beslutsfattare söker efter den optimala lösningen, d.v.s. den bästa lösningen inom ramen för de resurser som finns disponibla. I en sådan situation spelar kunskaper om alternativa handlingslinjer liksom om resultatet av genomförda beslut (eng. *outcome*) en viktig roll. Inom ”rationellt beslutsfattande” är inhämtandet av information en central aktivitet – vanligtvis den viktigaste. Aktuell information av bästa slag, helst framtagen genom vetenskaplig metod, ska ligga till grund för ställningstaganden – inget annat. Beslutsfattare på olika nivåer förväntas kunna handla rationellt, d.v.s. de ska med ledning av tillgänglig information söka efter den optimala lösningen utan att låta sig påverkas av ovidkommande faktorer. Förespråkare av ”rationellt beslutsfattande” ser negativt på inflytandet av intressegrupper och andra ovidkommande sårintressen. Synen på politiker är vanligtvis negativ bland förespråkare för denna strategi. Vid fastställandet av mål för aktiviteter måste inslag av värderingar tillåtas, med därefter ska ett rationellt sökande efter lösningar dominera (Alexander 1986). Den skeptiska hållningen till vissa typer av beslutsfattare, de politiska och företrädare för ”maktstrukturer” t.ex. professioner, bottnar i föreställningen att de förra är ”otydliga”, ”diffusa” och ”motsägelsefulla” i sina handlingar medan de senare vill skydda sitt ”territorium”.

¹⁵ Det föreligger vissa problem att följa Hunters resonemang på denna punkt. Helt klart är han motståndare till all form av centralisering av beslutsfattande om prioritering och uppfattar den brittiska statliga sjukvården, NHS, som ett varnande exempel. Beslutsfattandet bör istället decentraliseras till direktvalda lokala organ, med vilka allmänheten i efterhand kan diskutera utfallet av prioriteringsprocessen och kan därigenom ställa beslutsfattarna till ansvar. Beträffande prioriteringsbeslut framstår det som mycket svårt att hemlighålla dessa om ansvaret placeras på direktvalda demokratiska organ. I så fall kommer denna strategi att glida över i det som kan benämnas ”öppen prioritering”.

En förespråkare av den ”rationella strategin” i anslutning till fördelning av resurser inom hälso- och sjukvård är den brittiska hälsoekonomen Alan Williams, mycket aktiv i debatten, där han driver linjen att beslutsprocessen bör präglas av både större öppenhet och mer kunskap:

”One of the main obstacles to progress is the clash of cultures between analysts who see the need for clarity and openness, and politicians (including the professional wielders of power within the health care system) who rightly feel vulnerable when their muddled thinking and inadequate evidence base are exposed to external scrutiny.”

Williams 2000,s.20.

Även om insamlandet av god information, med hjälp av vetenskaplig metod, är ett centralt inslag i den ”rationella strategin” medger dess förespråkare att grundläggande värderingar i samhället skiljer sig åt och därför kan hälso- och sjukvårdens mål läggas fast först efter en allmän debatt. Målen kan t.ex. gälla en ”förbättrad hälsa för befolkningen” och/eller ”att reducera ojämlikhet i hälsa”. Det viktiga är att målen – om flera förekommer - inte är motsägelsefulla och att de är så entydiga att de kan uppfattas av beslutsfattare på alla nivåer.

Allmänheten spelar en roll som leverantör av data på aggregerad nivå (Williams 1999). Underlaget kan utgöras av t.ex. data från epidemiologiska studier eller data över vårdkonsumtion, men också av mer ”subjektiva” data som uttrycker livskvalitet. I de fall allmänheten konsulteras finns underliggande antaganden om att individer har givna preferenser och erfarenheter som kan samlas in och summeras (”aggregeras”). Man kan t.ex. ta reda på den upplevda nyttan med olika behandlingar.¹⁶

I fokus för den ”rationella strategin” står inte själva beslutsfattandet utan ansträngningarna att stärka kunskapsbasen inför fattandet av enskilda beslut. Med tillgång till adekvat information avslöjas icke optimala former för fördelning av resurser och olika aktörer kommer därmed att bli bättre rustade för

¹⁶ Att bortse från befolkningens åsikter skulle vara helt främmande för den ”rationella strategins” förespråkare, särskilt i anslutning till prioritering av vård. De kan knappast beskyllas för att vara ”antidemokrater”, snarast finns ett ”direktdemokratiskt” inslag i denna modell, på så vis att befolkningens vilja ska komma till uttryck genom kvantifierade data som samlas in direkt från medborgarna, inte via uppfattningar som ”filtrerats” av politiker eller professioner (Williams 1999, 2000). Eller som Alan Williams uttrycker det: ”__ what do we know about the values of the general public on all these matters? Are health service professionals good proxies for the views of the general public, or do they have special interests of their own which might bias their judgements, wittingly or unwittingly?” (Williams 2000,s.16).

sin uppgift. Vilken typ av information är aktuell vid beslut om prioritering i vårdfrågor enligt den rationella modellens anhängare? Ofta nämns tre typer av information: (a) epidemiologiska data, (b) data om effekten av medicinska interventioner och (c) data om kostnader och effekter på individens livskvalitet.¹⁷

Epidemiologiska data

Epidemiologiska data avser fördelningen av sjukdomar (eng. morbidity) och dödsfall (eng. mortality) i befolkningen, mellan geografiska områden, åldersgrupper och socialgrupper, samt information om orsaker till död och handikapp. Informationen kan ligga till grund för kalkyler om relativa behov av hälso- och sjukvård (eng. needs assessment).

Data om enskilda metoders effekt (den evidensbaserade ansatsen)

I detta fall avses kunskap om positiva och negativa effekter av olika medicinska interventioner. Självfallet kan sådan kunskap vara till god nytta vid prioritering av resurser. Om data genereras som visar att en viss metod inte är effektiv eller mindre effektiv än förekommande metoder kan den avföras från hälso- och sjukvårdens arsenal, vilket frigör resurser. Problemet med prioritering mellan olika åtgärder blir lättare – åtminstone i teorin. Om däremot studier visar att patientnyttan är positiv blir snarast problemet det omvända, att sjukvården får ytterligare en teknologi som visat sig vara verksam och ett ställningstagande krävs i frågan om denna ska inkluderas i den kollektiva finansieringen.

Kostnadseffekt analys

Eftersom ekonomisk vetenskap handlar om hushållning med resurser ligger det nära till hands att använda metoder med sådant ursprung för att ta fram underlag vid prioritering. Utgångspunkten i ett sådant sammanhang är att fastställa både kostnader och nytta (intäkter för hela samhället), men det finns ett antal olika typer av hälsoekonomiska metoder. I kostnadseffekt analys (eng. cost-effectiveness analysis) vill man undersöka om ett tillskott av ytterligare resurser leder till större nytta (t.ex. i form av hälsa). Det finns två varianter av en sådana analys, där nyttan fastställs i monetära termer (eng. cost-benefit analysis) respektive i andra nyttotermer, företrädesvis hälsoeffekter (eng. cost-utility analysis).

I sin enklaste form visar en kostnadseffekt analys vilken intervention (medicinsk eller annan vårdrelaterad) som ger den största hälsovinsten till en given kostnad.

¹⁷ Metoder för att fånga dessa aspekter diskuteras i Del II som publiceras senare.

Hälsoeffekten kan uttryckas i form av vunna levnadsår eller något annat relevant mått på hälsoförbättring, medan ”kostnaden” ska inkludera alla relevanta kostnader oavsett vem de berör: behandlingskosten, resekostnader, förlorad arbetsförtjänst m.m. Vid CBA (cost-benefit-analysis) har nyttan traditionellt fastställts genom kalkyler av individens framtida förtjänster i monetära termer. Det kom att upplevas som ett problem när analysen skulle appliceras på hälso- och sjukvård, särskilt inom system där ”individens lika värde” uppfattas som en grundläggande princip. I syfte att utveckla mer sofistikerade verktyg, som bättre lämpar sig för användning vid kostnadseffekt analyser på sjukvårdens område, har andra nyttomått kommit att tillämpas. Den mest kända är kostnadsnyttoanalysen (cost-utility analysis) i förening med mått som ”kvalitetsjusterade levnadsår” (eng. quality adjusted life years eller QALYs).

3.3 ”Pluralistisk förhandling” (eng. pluralistic bargaining)

Det finns inga givna principer eller beslutsregler som kan ligga till grund för ställningstagande om prioritering av resurser inom hälso- och sjukvård. Det finns heller ingen enskild ”teknik” eller ”formula” som kan lösa prioriteringarnas komplexa frågor åt oss. Det innebär att vetenskapssamhället *inte* kan erbjuda ”instrument” som är tillfyllest i detta sammanhang. God information som beslutsunderlag är aldrig fel men vårt huvudsakliga problem vad gäller prioritering är inte bristen på information utan förmågan att hantera och tolka information. Obalansen mellan tillgången och efterfrågan på vård är ett problem som inte kan lösas en gång för alla, utan vi måste inrikta oss mot att skapa bättre förutsättningar för de institutioner som är satta att hantera prioriteringar. Ytterst handlar prioritering om förmågan att ta fram socialt acceptabla beslut; och denna process måste upprepas gång efter gång. Öppenhet, deltagande av många olika parter i processen, förmågan att ställa olika argument mot varandra och att analysera dessa, och slutligen att få besluten att framstå som ”rimliga”; det är den bästa möjliga lösningen på prioriteringsproblematiken.

Detta är i sammandrag fundamentet för den strategi som brukar benämnas ”pluralistisk förhandling”, (eng. pluralistic bargaining) och vars främsta förespråkare är den brittiska sjukvårdspolitikforskaren Rudolf Klein (1993, 1998, 2000). Ibland har modellen kommit att beskrivas som en förhandlingslösning mellan utvalda parter (man föreställer sig nattliga manglingar i slutna rum, en form av ”korporatism”¹⁸). Detta är dock en

¹⁸ Med ”korporatism” menas en beslutsordning där utvalda deltagare ges en monopolställning att företräda vissa intressen i samhället och där de förväntas kontrollera sina respektive ansvarsområden. Den mest välbekanta definitionen torde återfinnas i Schmitter (1974).

missuppfattning, eftersom utgångspunkten är öppen argumentation i syfte att nå fram till en lösning som medborgarna kan acceptera.

"The aim must be to build up, over time, the capacity to engage in continuous, collective argument."

Klein 1993,s.309.

Strategin utgår från verkligheten inom ett samhälle med en dominerande offentligt finansierad hälso- och sjukvård, där viktiga ställningstaganden måste ske genom en blandning av politiskt, administrativt och kliniskt beslutsfattande. Under sådana förhållanden är hela systemet beroende av tidigare beslut; det går inte att räkna med snabba förändringar, oberoende av vilken information som presenteras, menar Klein. En försiktig och stegvis förändring av den rådande balansen mellan olika aktiviteter inom sjukvården är mer rimlig (eng. incrementalism).¹⁹ Beslut på olika nivåer i systemet påverkar varandra, vilket kräver en hantering av prioriteringsproblematiken på samtliga nivåer (övergripande politisk, beställarnivå och den kliniska). Det räcker således inte med att utveckla principer på en nivå, eller att ta fram kunskap om kostnader och nytta som kan sägas vara tillämplig över hela linjen (alltså på samtliga nivåer). De beslut som har avgjort dagens fördelning av resurser, och argumenten bakom dessa, måste fram i ljuset och granskas, värderingar och etiska principer som står i motsättning till varandra måste ventileras. Detta förhållningssätt ska omfatta alla nivåer: den politiska, den administrativa och den kliniska.

Modellens tillskyndare avfärdar inte helt nyttan av bättre information som underlag för beslut om prioritering, utan tillstår att i begränsade fall kan t.ex. evidens om effekter och kostnadseffektivitet spela en avgörande roll – men det tillhör undantagen (Klein 2000). Istället finns ett behov av att ta tillvara kunskap, från både det politiska systemet och hälso- och sjukvårdens administrativa delar, som visar vilka beslut som fungerar i praktiken och vilka konsekvenser av dessa som uppstår. Förmågan till lärande i beslutsprocessen (eng. policy learning) måste tränas upp. I detta innefattas också förmågan att ta tillvara effekterna av tidigare beslut, i så motto att deltagarnas preferenser kan förändras just på grund av utfallet av tidigare beslut.

Klein visar dock inte hur befintliga institutioner ska förändras i ovan angiven riktning och det är oklart hur beslutsprocessen ska utvecklas till att bli mer pluralistisk. Han antyder dock att felet hittills har varit att prioriteringsprocessen

¹⁹ Tanken är ingalunda ny utan hämtar mycket näring från Charles Lindbloms kritik mot ett "rationalistiskt beslutsfattande" där det alternativ som han förespråkade redan på 1950-talet är att låta olika intressenter finna en pragmatisk lösning tillsammans ("pragmatic agreement among stakeholders") (Lindblom 1959).

inte är *tillräckligt* pluralistisk, och att den i för hög grad domineras av medicinska aktörer. Konsekvensen av detta borde vara att andra intressen skulle komma till tals i större utsträckning, men vem ska representera dessa intressen? Klein är helt tydligt skeptisk mot vissa ansatser att samla in t.ex. ”preferenser” från allmänheten genom enkla opinionsundersökningar (Klein 1993). En svaghet med den ”pluralistiska strategin” har sagts vara oklarheter om vilka parter som ska delta i diskussionen (vårdpersonal, patienter, allmänhet?) och vilken vikt som ska tillmätas olika åsikter och vilka kriterier som ska tillämpas vid beslut (Coast och Donovan 1996, Petrou och Wolstenholme 2000). Modellen har också kritiserats för att den lägger för liten vikt vid ett systematiskt utvärderingstänkande (Williams 2000). En förhandlingslösning ökar dock förutsättningarna för att beslut verkligen ska bli genomförda (implementerade) vilket inte alltid är fallet då en abstrakt princip ligger till grund för ett ställningstagande, menar dock Coast och Donovan (1996).

Om den pluralistiska modellen ska inkludera ett utvecklat deltagande av både patienter och allmänhet, hur kan detta ske? Frågan om hur deltagandet ska utformas är problematiskt, vilket gäller deltagande på såväl den politiska som beställarnivån och den kliniska nivån.²⁰ Representanter för allmänheten kommer alltid att vara underlägsna andra organiserade grupper när det gäller att göra sin röst hörd och kunna argumentera för sin ståndpunkt. Särskilda insatser krävs antagligen om allmänheten ska konsulteras på ett meningsfullt sätt i en pluralistisk modell, anser Donovan och Coast (1996)

Inte heller vårdpersonalens deltagande ter sig helt oproblematiskt i sammanhanget: hur ska personalen representeras och vilken roll ska den tilldelas – att enbart lägga fram ”vetenskaplig evidens” eller delta i själva beslutsfattandet. Om det senare blir aktuellt är frågan hur man åstadkommer en representation som uppfattas som legitim både internt (inom yrkesgrupper) och externt (i samhället i stort).

Förespråkarna för den ”pluralistiska strategin” har aldrig i detalj utvecklat hur befintliga institutioner ska omvandlas för att beslutsprocessen ska bli öppen och möjliggöra deltagande av olika parter. Man bör emellertid inte överbetona frågan om *vem* som ska delta och *på vilka villkor*, eftersom ”genomlysningen” av argument och evidens i kombination med öppenhet utgör kärnan i denna

²⁰ En fråga som kan uppstå är om allmänheten ska konsulteras separat eller förekomma tillsammans med andra parter i en gemensam diskussion om prioriteringar. Vi har liten erfarenhet av sådana partssammansatta organ. Är avsikten att samla in preferenser som är representativa för befolkningen i stort eller att ta med ”ansvarsfulla medborgare” i en diskussion där argument och evidens grundligen genomlysas? Det är en stor skillnad på de metoder som i så fall kan bli aktuella (Garpenby 2001).

strategi. I så fall framstår det som mindre viktigt att diskutera hur allmänheten och vårdpersonalen ska representeras och istället koncentrera sig på hur processen ska byggas upp så att denna erhåller ett brett stöd.

I den delen framstår ”pluralistiskt förhandling” som nära besläktad och de tankar om ”rättvisa processer” som den amerikanska filosofen Norman Daniels och läkaren James Sabin har utvecklat (Daniels och Sabin 1997).²¹ De har presenterat ett antal villkor som ska känneteckna en ”rättvis prioriteringsprocess”. Dessa har blivit kända under samlingsnamnet ”ansvarstagande för rimlighet” (eng. *accountability for reasonableness*) och kan kortfattat beskrivas enligt följande:

- a) grunderna för prioriteringsbeslut måste vara offentliga (”*publicity condition*”)
- b) dessa grunder måste anses vara relevanta för den givna situationen av människor som eftersträvar villkor för samarbete som är ”rättfärdiga” (”*relevance condition*”)
- c) det måste finnas ”mekanismer” för att ifrågasätta beslut och revidera dessa i ljuset av ytterligare bevis och argument (”*appeals condition*”)
- d) det måste finnas antingen en frivillig eller offentlig reglering av beslutsprocesser så att villkor a-c kan uppfyllas (”*enforcement condition*”).

Denna modell ska emellertid inte redovisas vidare här utan kan med fördel studeras i en svensk sammanfattning (Melin 2003).

3.4 ”Samhällsdiskussion om värdegrund” (eng. *the community approach*)

Avsikten är att utveckla en strategi som gör det möjligt att på sikt begränsa konsumtionen av hälso- och sjukvårdstjänster, eftersom omfattningen av dessa aldrig kommer att uppfattas som tillfyllest. Strategin utgår från ett antagande om att påfrestningarna i samhället kommer att växa till gigantiska proportioner om vi söker finansiera alla potentiella medicinska insatser för hela befolkningen. Risker är att vi på vägen tappar bort väsentliga värden i synen på vad som är ett ”humant samhälle” och ett ”gott liv”. Föreställningen att vi genom en ”mekanisk formula” (eng. *mechanical formula*) ska kunna lösa svåra problem om avvägningen av resurser inom hälso- och sjukvård avvisas (någon enkel lösning tillhandahålls varken genom hälsoekonomiska beräkningar, teknologiutvärdering, filosofi eller politik). Istället bör en bred diskussion i samhället initieras för att vi ska kunna angripa den ”omöjliga” värdegrund som

²¹ Släktskapet framgår av Klein 1998 och betonas vid personlig kommunikation med Rudolf Klein 020815).

driver utvecklingen i fel riktning. Denna strategi har lanserats av den amerikanska filosofen Daniel Callahan (1990a).

Callahan menar att vår uppfattning om och vårt förhållande till hälso- och sjukvården präglas av värderingar som starkt kan ifrågasättas: individens fria val, hyllningen av de medicinska framstegen, tron på en ständigt förbättrad kvalitet, förnekandet av åldrandets inverkan på människan, samt ambitionen att till varje pris utrota smärta och lidande. Dessa värderingar försvaras av olika intressegrupper som representerar professioner, patienter och forskarsamhället.

Istället för att låta prioriteringsdiskussionen handla på sådana tjänster som hälso- och sjukvården producerar eller förväntas kunna producera i framtiden måste vi, enligt Callahan, tackla grundläggande normativa frågor såsom: ”Vad är ett gott och meningsfullt liv?” och ”Hur kan hälso- och sjukvården bidra till ett gott liv?” Han benämner detta ”den kulturella nivån” och han anser att värderingar på denna nivå är viktigast att förändra. Det finns även andra nivåer, som handlar om ”våra rättigheter till vård” och ”vem som ska producera och finansiera vård” (eng. entitlement level) och den nivå där vård mera specifikt produceras av olika yrkesgrupper (eng. institutional level). Vi måste förändra vårt tänkande på alla nivåer, men börja med den viktigaste, den kulturella, hävdar Callahan.

Han tänker sig en ”öppen” dialog i samhället där allmänheten deltar. Medborgarna ska ställas inför tydliga alternativ och få möjlighet att överväga för- och nackdelar. Man kan tänka sig en kombination av debatter, offentliga utfrågningar och utbildningsprogram. I processen fram till det slutliga avgörandet bör alla viktiga intressenter delta: läkare, annan vårdpersonal, patienter, politiska beslutsfattare, hälso- och sjukvårdsadministratörer och allmänhet. Callahan tänker sig att politiska beslutsförsamlingar sedan lägger fast ”allmänna riktlinjer”, vilka förfinas i den administrativa processen för att slutligen utmyнна i vad han benämner ”kategoribaserade riktlinjer” (eng. categorial standards).

Det finns flera skäl varför en sådan lösning framstår som den bästa möjliga, menar Callahan. Det blir ogörligt att i större skala genomföra begränsningar i tillgången till vård genom ”ransonering” via beslut på individnivån. Callahan anser att kliniska beslutsfattare, främst läkare, ska ha ett visst handlingsutrymme, men han anser det vara felaktigt att bedriva prioritering och ransonering vid ”sängkanten” (eng. bedside rationing). Det ska visserligen finnas utrymme för läkaren att tillsammans med patienten diskutera fram en god vård inom givna gränser. Men gränserna ska vara så tydliga att läkaren inte behöver stå för beslut som egentligen hör hemma på den samhälleliga nivån.

Läkarna måste lära sig tillämpa ”kategoribaserade riktlinjer” vilket innebär att den professionella friheten kommer att begränsas.²²

Ett annat tungt vägande skäl till att introducera ”kategoribaserade riktlinjer” framför att ägna sig åt prioritering på klinisk nivå är att tillämpningen kan kontrolleras. Riktlinjer kan diskuteras öppet och de kan tillämpas utan att ovidkommande faktorer kommer in i bilden.

Om prioritering ska framstå som möjlig måste vi komma bort från ”individperspektivet” anser Callahan. Vi måste välja ”grupper av individer” som den nivå där prioriteringen ska genomföras. Han tänker sig i första hand ålder som ett lämpligt kriterium och föreställer sig att det blir möjligt att resonera sig fram till vad olika åldersgrupper behöver för att leva ett gott liv.²³ Givet detta kan vi också hitta en ”balans” vad gäller insatser mellan de olika åldersgrupperna. Det förutsätter dock att vi kan komma bort från tänkandet kring ”individens behov” och istället förmår anlägga ett samhällsperspektiv. Först då blir det möjligt att vinna en allmän förståelse för begränsningar av medicinska insatser.

”Individuals can be brought to understand and accept that society might not be able to give them all they want or need. But that will be possible only if it is done in a way that shows they are not singled out for special discrimination because of who they are personally, and only if they believe that the general good of society is thereby being served.”

Callahan 1990a,s.204.

Strategin ter sig emellertid svår att tillämpa då den kräver en bred samhällelig konsensus kring specifika normativa frågor. Den kan möjligen fungera på en mer abstrakt nivå, där diskussionen kretsar kring begrepp som rättvisa och solidaritet, men det blir betydligt svårare när vi närmar oss mer specifika frågor, som att undanhålla viss vård för vissa kategorier av medborgare. Det framstår

²² Callahan menar att den läkare som agerar inom givna ramar inte ska behöva riskera att patienter får sin sak prövad i domstol. Han gör detta påpekande mot bakgrund av situationen i USA där juridisk prövning av medicinsk handläggning är mycket vanlig.

²³ Callahan (1990a) talar i termer av behov (eng. need) för olika grupper, men föreställer sig inte alls att behov ska fastställas med stöd av t.ex. epidemiologiska data. Det handlar istället om att få acceptans i samhället för ”rimliga” insatser inom de olika åldersgrupperna. En frikostighet med omvårdnad (eng. caring) för att därmed säkra ett ”värdigt liv” i en sjukdomsfas, men begränsningar vad gäller medicinska insatser (eng. curing), särskilt för de äldre. Callahan argumenterar också för prioritering utifrån ålder i annat sammanhang (Callahan 1987). För en svensk sammanfattning av Callahans syn på ålder och prioritering se Melin 2003.

som svårt, om inte omöjligt, att begränsa debatten i ett öppet och demokratiskt samhället, till att enbart handla om abstrakta värden.

3.5 ”Kombinerat beslutsfattande” (eng. *the model of health care requirements*)

Att ställa ”rationellt beslutsfattande” mot ”pluralistisk förhandling” och välja en av dessa strategier för att genomgående tillämpa den på alla områden och nivåer ter sig både orealistiskt och till och med farligt menar den brittiska hälsoekonomen Joanna Coast (1996). Ett rationellt beslutsfattande kan aldrig bli heltäckande, eftersom det saknas information på många områden och man kommer därför att tvingas bygga på uppskattningar och gissningar, vilket sätter ned tillförlitligheten. I de fall man söker tillämpa en sådan strategi i större skala kommer resultatet att bli oerhört komplext och kostsamt.

Men det finns även nackdelar med ”pluralistisk förhandling” mellan olika parter, menar Coast. Även om denna strategi kan te sig attraktiv på så vis att deltagande parter kan förhandla fram en lösning som alla kan ställa sig bakom, saknas en tydligt grund (antagligen avses principer) för att bedöma genomförda prioriteringar. Dessutom erbjuder strategin inga egentliga drivkrafter för att använda tillgänglig information eller för att utveckla bättre information.

Att använda den inneboende styrkan i båda dessa strategier framstår som den bästa lösningen, anser Coast. Om man betraktar hela sjukvården finner man att i vissa delar är tillgången på information bättre än i andra (här avses information om behov, kostnader och nytta). Det gäller framför allt information för att välja mellan alternativ inom sjukdomsgrupper och sjukdomsområden. Om uppgiften är att välja mellan t.ex. sjukdomsområden saknas vanligtvis information, vilket gör sådana beslut mindre lämpliga för en rationellt process. Detsamma gäller för val på individnivån, där data som tar hänsyn till heterogenitet mellan individer ofta saknas, varför en rationell metod framstår som genomförbar även här.

Coast (1996) föreslår att den fulla potentialen i ett rationellt beslutsfattande (som hon kallar ”technical priority-setting approach”) tillämpas vid prioritering inom sjukdomsgrupper och mellan behandlingar. Men även här kommer ett visst mått av pluralistisk förhandling att krävas eftersom det finns ofullständig kunskap om verksamhetens mål. På den nivå som innebär val mellan sjukdomsområden, liksom på individnivån, måste prioriteringar utgå från öppen debatt i en politisk process, menar hon.

Den ”kombinationsstrategi” som Coast utvecklar är tänkt att ta tillvara väsentliga inslag i en rationell respektive en pluralistisk strategi. I det första

fallet avses tydliga mål och principer och i det andra insikten om att prioriteringar måste ske fortlöpande på olika nivåer och med hänsyn tagen till lekmannasynpunkter (konsultation av patienter och allmänhet). För att lösa dilemmat om lämplig avvägning mellan jämlikhet (eng. equity) och effektivitet (eng. efficiency) - ett klassiskt problem vid rationellt beslutsfattande - föreslår Coast att båda principerna tillämpas. Deras respektive roll fastställs genom konsensusmetod (snarare än genom någon särskild rationell ”teknik”, vilket hon avfärdar). Principen om ”jämlikhet” innebär lika behandling för lika behov och underbyggs av kunskap om sjukdomar (prevalens och incidens) och kunskap om medicinska metoders effekter (eng. effectiveness). Vad gäller principen om ”effektivitet” avser Coast i detta fall ”kostnadseffektivitet” (eng. cost-effectiveness) där tillgänglig information om kostnader kombineras med nyttomått (eng. utility). Uppfattningar från både patienter och allmänhet inhämtas med avseende på nytta och acceptans för olika behandlingsformer.

Coast menar att fördelen med att kombinera olika strategier är att det uppmuntrar till kunskapsutveckling – att identifiera luckor i kunskap och att fylla dessa genom forskning. Hon sammanfattar sin ”kombinationsstrategi” i följande punkter:

- Avsikten är att hitta en arbetsform för prioritering i nutid, men genom att inkludera inslag av kunskapssökande blir den ett stöd för att genomföra prioriteringar längre fram i tiden.
- Den drar nytta av styrkan inom både ”pluralistisk förhandling” och ”rationellt beslutsfattande”
- Den inkorporerar både principen om ”jämlikhet” (utifrån behov) och principen om ”effektivitet”
- Pluralistiskt förhandling kan utgöra grunden för prioritering på alla nivåer, d.v.s. en lösning genom förhandling mellan olika parter
- I pluralistisk förhandling ingår att inhämta synpunkter från lekmän där olika metoder är tänkbara
- Ett rationellt beslutsfattande, alltså tillämpningen av vetenskaplig metod, används så långt möjligt inom områden där förändringar framstår som särskilt viktiga
- Ett rationellt beslutsfattande baseras på tre steg: konsensus om mål, litteraturgranskning och utveckling av kunskap (forskning)
- Inom ett rationellt beslutsfattande sker avvägning mellan olika principer genom förhandling

Coast tänker sig fyra nivåer där prioritering kan bli aktuell och med olika inslag av rationellt respektive pluralistiskt beslutsfattande.²⁴ Rationellt beslutsfattande kan bli aktuellt endast i begränsade fall – vilka dessa är identifieras genom diskussioner i fora där flera legitima parter ingår, alltså genom pluralistisk förhandling. På individnivån tänker hon sig pluralistisk förhandling mellan klinisk vårdpersonal och patienter. Ett sådant beslutsfattande skall dock vara ”öppet” och därmed bidra till kunskap om fördelning av resurser mellan patienter.²⁵

Det kommer att ta tid innan man i större skala kan närma sig ett tillstånd av ”rationellt beslutsfattande” vid prioritering inom sjukdomsområden- och grupper, tror Coast. En stegvis utveckling av kunskapen får ske, med början inom de områden som bedöms vara viktigast.

I vilken omfattning en ”pluralistisk förhandling” kommer in i bilden är omöjligt att avgöra i förhand – det beror på kunskapsläget. Även om god information finns tillgänglig kommer man aldrig ifrån behovet att för varje särskilt fall besluta om avvägning mellan olika principer, vilket bör ske genom konsensusmetod.

Coast anser att en ”multidisciplinär” metod av det slag hon föreslår, som bygger på olika traditioner och synsätt, och som har ambitionen att förbättra kunskapsläget, samtidigt som den erkänner nödvändigheten att inkludera värderingar, är den enda rimliga med hänsyn tagen till erfarenheter från praktisk prioritering.

3.6 ”Nivåanpassat beslutsfattande” (eng. *explicit and implicit decision making*)

En strategi innebärande olika former för prioritering på skilda nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet diskuteras av britterna Chris Ham och Angela Coulter (2001). De utgår från den faktiska verkligheten i ett antal länder, bl.a. Storbritannien och Israel. Vad gäller den sistnämnda nationen finns studier som indikerar att löften om ”öppen” prioritering på den nationella politiska nivån följs av ”dold” prioritering på andra nivåer i systemet (Chinitz et al 1998). Med hänsyn tagen

²⁴ De refererade nivåerna är: (a) prioritering mellan hela serviceområden, t.ex. mellan psykiatri och barnsjukvård, (b) prioritering inom kliniska områden, t.ex. mellan höftledsplastik och artroskopi inom ortopedi, (c) prioritering inom sjukdomsgrupper, t.ex. personer med olika prostataproblem, samt (d) prioritering mellan patienter, där individuella preferenser måste vägas in.

²⁵ Det är inte alldeles klart vad Coast (1996, s. 250) menar med ”joint decision-making, respektive ”open” och ”explicit”.

till dessa erfarenheter undrar Ham och Coulter om inte en sådan strategi ligger närmast till hands för demokratiskt styrda nationer att ta till sig. På nationell nivå blir det svårt att föra debatten om prioriteringar utan att det politiska systemet tenderar att inta en mycket generös attityd. Debatten i media och aktioner av t.ex. patientorganisationer gör att trycket på demokratiskt valda instanser ökar och gör det svårt att säga nej till att nya teknologier ska omfattas av offentlig finansiering. En öppen debatt med åtföljande beslut på nationell nivå resulterar dock i en mer ”realistisk” beslutsprocess i det fördolda på lägre nivåer. Där tvingas man tillämpa hela arsenalen av ”metoder” för att hålla tillbaka trycket på vårdkonsumtionen.

Man kan fråga sig om detta är en självständig strategi för prioritering. Hur skiljer den sig i så fall från den linje som förespråkas av Hunter (1997) och Mechanic (1997)? I den senare strategin uppfattas ”dold” prioritering som något positivt för alla inblandade parter, eftersom det skapar ”stabilitet” i hälso- och sjukvården. I ett ”nivåanpassat beslutsfattande” däremot utgår man från att politiker tvingas vara tydliga i frågor om vad som ska finansieras – en konsekvens av fokuseringen på mer ”effektiv” sjukvård – medan den ”dolda” processen inte ska uppfattas som ett positivt val, utan som en tvingande omständighet. Den öppenhet som tillämpas på en nivå fungerar som ”skydd” för den dolda process som måste genomföras på andra nivåer. Eller som Chinitz och medförfattare uttrycker det:

”The myth of explicit rationing lends legitimacy to decisions made implicitly.”

Chinitz et al 1998, s. 1005.

4. AVSLUTANDE DISKUSSION

Det går att hitta grundläggande skillnader mellan de olika strategierna, men det är också möjligt att observera likheter (oväntade!). Om vi först behandlar synen på ”öppenhet”²⁶ med avseende på prioritering inom olika nivåer i ett hälso- och sjukvårdssystem²⁷ framträder följande bild (se tabell 1). Samtliga strategier omfattar öppen prioritering på makronivå, även om skälen till denna hållning varierar. På mikronivån (eller individnivån) står samtliga strategier för dold

²⁶ Vi följer den definition på ”öppna prioriteringar” som föreslagits av Liss (2002) och som framgår av avsnitt 2.6.

²⁷ Med begreppet nivåer avses inte en hierarkisk struktur av typen ”nationell, regional och lokal beslutsnivå” utan följande: makro=avvägning mellan hälso- och sjukvård och andra samhällssektorer, meso=avvägning mellan teknologier och sjukdomsområden och mikro=avvägning mellan individer.

prioritering, med vissa reservationer för den ”pluralistiska”. Den ”pluralistiska strategin” är principiellt för maximal öppenhet, men det är oklart om det gäller även beslut på individnivå. Man kan möjligen tro att den strategi som går under benämningen ”hanka sig fram” inkluderar öppenhet på mikronivå – denna strategi förespråkar ju garantier för ”rättvisa procedurer” för enskilda patienter. Men det är snarast en juridisk prövning i efterhand (ex post) av enskilda fall som avses, inte insyn i beslutsprocessen. Själva poängen med denna strategi är ju att ge läkare och annan vårdpersonal utrymme för att göra just prioriteringar på mikronivån.

Däremot är det oklart hur Callahan (1990a) tänker sig att man vid tillämpning av strategin för ”värdegrund” ska kunna undvika att vårdpersonal självständigt måste ta prioriteringsbeslut på mikronivå. Han ser besluten på denna nivå som en tillämpning av ”kategoribaserade riktlinjer”, men i praktiken förefaller det omöjligt att undvika ett självständigt beslutsfattande på denna nivå.

De stora olikheterna framträder på mesonivån, där två strategier omfattar dold prioritering medan övriga står för öppenhet. Vad som möjligen stör bilden är David Hunters resonemang om överföring av prioriteringsbeslut till politiskt valda församlingar på regional eller lokal nivå. Han är inte tydlig med avseende på om motiven och resonemangen bakom prioriteringsbesluten fortfarande ska vara dolda. Möjligen kan det vara så eftersom upphovsmännen till strategin ”att fyndigt hanka sig fram” förespråkar utkrävande av ansvar först sedan konsekvenserna av prioriteringsbeslut blivit kända för allmänheten.

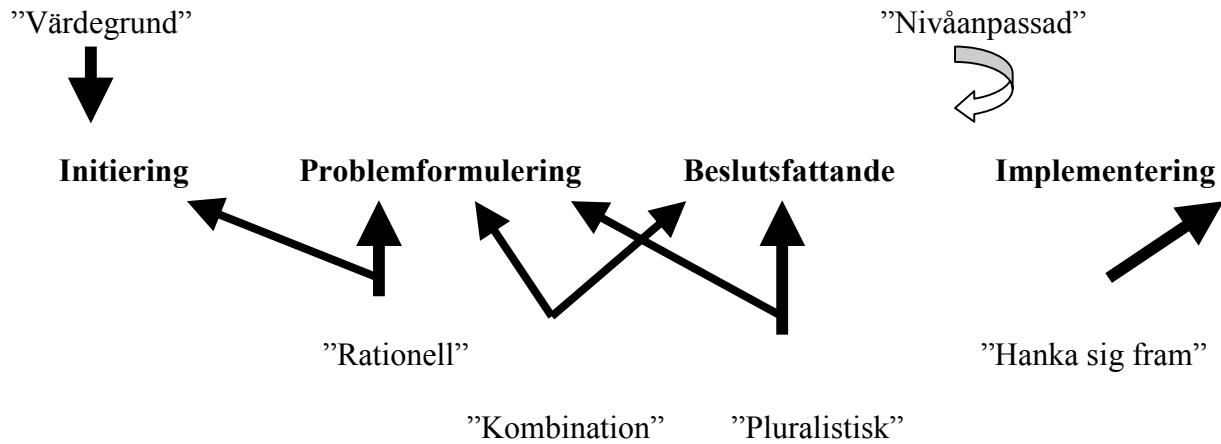
Tabell 1. Översikt över hur de aktuella strategierna omfattar öppen respektive dold prioritering på olika nivåer.

	Makro	Meso	Mikro
”Hanka sig fram”	öppen	dold	dold
”Rationell”	öppen	öppen	dold
”Pluralistisk”	öppen	öppen	(öppen)
”Värdegrund”	öppen	öppen	(dold)
”Kombination”	öppen	öppen	dold
”Nivåanpassad”	öppen	dold	dold

Om vi enbart fokuserar på frågan om öppenhet kan det förefalla som om de aktuella strategierna egentligen inte skiljer sig åt nämnvärt, mer än på några punkter. En sådan slutsats är emellertid helt felaktig; betydande skillnader framträder om man mera i detalj skärskådar respektive strategi. Det framgår tydligt om vi återvänder till den schematiska bilden av en prioriteringsprocess, som presenterades i kapitel 2. Hur passar respektive strategi in i denna process?

Följande bild framträder:

Figur 3. Inplacering av de olika strategierna i en schematisk prioriteringsprocess.



Av figur 3 framgår att de sex väljer att lägga tonvikten på olika delar av prioriteringsprocessen. I några fall betonas betydelsen av grundläggande värderingar och mål i ett tidigt skede (**”värdegrund”** och **”rationell”**), varefter processen övergår i insamlandet av vetenskapligt baserade beslutsunderlag (**”rationell”**). I ett fall innebär strategin att former för en vida accepterad *beslutsprocess* ska utvecklas innan beslutet tillkommer (**”ex ante agreement”**) där också insamlingen av information ska kunna ifrågasättas – en process som upprepas gång på gång (**”pluralistisk”**). I något fall betonas vikten av en **”rättvis process”** i efterhand där individer kan få sina enskilda fall granskade, liksom att *utfallet* av prioriteringsprocessen kan bedömas i efterhand (**”ex post justification”**) (**”hanka sig fram”**). Slutligen finner vi också en strategi där konsekvenserna av ett **”öppet”** beslutsfattande på *en nivå* leder till att nya beslut måste till på *en annan nivå* – men denna gång i dold form (**”nivåanpassad”**). Vi får i detta fall en upprepad sekvens där implementeringen förutsätter ett nytt beslutsfattande.

Innebär detta att samtliga strategier kan kombineras, de tycks ju **”täckta in”** olika delar av prioriteringsprocessen? Svaret måste bli nej! Några är principiellt så olika att detta inte låter sig göras, utan att rucka på fundamentet. Så framstår det som helt ogörligt att söka kombinera den **”pluralistiska strategin”** med **”strategin för samhällsdiskussion om värdegrund”**, eller med strategien för att **”fyndigt hanka sig fram”**. **”Samhällsdiskussion om värdegrund”** innebär att vissa principer läggs fast på en övergripande samhällsnivå, varefter dessa operationaliseras utan vidare samhällsdebatt – konsekvenserna förutsätts kunna accepteras av samhällsmedborgarna eftersom dessa har varit med i ett initialt skede och givits möjlighet att uttrycka sin mening. I den strategi som vi

benämner ”att fyndigt hanka sig fram” diskuteras framför allt utfallet av prioriteringarna öppet. Att söka kombinera dessa två strategier med en öppen och på alla nivåer genomförd genomlysning av det slag som ingår i den ”pluralistiska strategin” låter sig inte göras.

I vissa sammanhang har den ”rationella- ” och den ”pluralistiska strategin” framställts som två motpoler. I någon mån är detta korrekt; betoningen av förhandling och politik i alla situationer för att hitta möjliga lösningar, framstår som helt främmande för anhängarna av ett ”rationellt” synsätt som vill att endast information ska påverka beslutsfattandet. Å andra sidan uppfattar förespråkarna av den ”pluralistiska strategin” föreställningen om entydiga mål och perfekt information som naiv eller orimlig. I den mån anhängare av dessa båda strategier är beredda att rucka en aning på sina ståndpunkter går det kanske att hitta en medelväg, likt den Coast (1996) söker konstruera i sin ”kombinationsstrategi”. Även om anhängarna av en ”pluralistisk strategi” nog anser att prioriteringsprocessen är av sådan art att ”förhandlingar” mellan parter och ”genomlysning av argument” är den enda framkomliga vägen, förnekar de inte att bättre information kan utvecklas (t.ex. avseende teknologiers effekter och nyttan för individer). Anhängarna av den ”rationella strategin” kan å andra sidan få svårt att acceptera en situation där man eventuellt frångår den riktning för prioritering som vetenskaplig evidens pekar ut. Men detta kanske kan accepteras om det sker i en öppen demokratisk process, där skälen tydligt anges, istället för i slutna rum där olika maktkonstellationer tillåts härja fritt genom att dölja sina verkliga motiv i dimridåer av ord – det är egentligen det som den ”rationella strategins” anhängare har svårast att smälta. I jakten på öppenhet och blottläggande av osakliga argument kan nog förespråkarna för dessa två strategier mötas.

Men det innebär inte att en ”sammansmältning” är möjlig i alla sammanhang. Förutsättningarna för att bedriva en prioriteringsprocess varierar – det är orimligt att uppfatta denna som helt statisk; en process som kan bedrivas oberoende av omvärlden. Om vi utgår från det resonemang om förutsättningar för beslutsfattande som Howlett och Ramesh (1995) diskuterar (redovisat i avsnitt 2.3) innebär det att utrymmet för inslag av ”rationell-” respektive ”pluralistisk strategi” måste kunna variera beroende på tidsbundna omständigheter. Det medför att den syn på prioriteringsprocessen som Coast (1996) ger uttryck för i sin ”kombinationsstrategi” är ofullständig. Det räcker inte med förekomst av god ”evidens” för att ett ”rationellt” förhållningssätt ska vara möjligt. Förhållanden i omvärlden måste också tillåta en sådana process. I annat fall ter sig en annan beslutsstil som mer lämplig. Prioriteringsprocessen framstår med andra ord som ”kontextberoende”, d.v.s förhållanden i omvärlden måste tillåtas påverka valet av lämplig strategi, och sådana förhållanden kan

ändras över tid (antagligen kan åtminstone vissa faktorer också påverkas genom aktiv handling).²⁸

Två parallella processer för prioritering?

Genomgången pekar i riktning mot att vi inte har att göra med en prioriteringsprocess utan istället med två processer – en avseende *intern legitimitet* och en avseende *extern legitimitet*. Det är först när vi gör denna ”boskillnad” som innehållet i de olika strategierna blir riktigt begripligt.

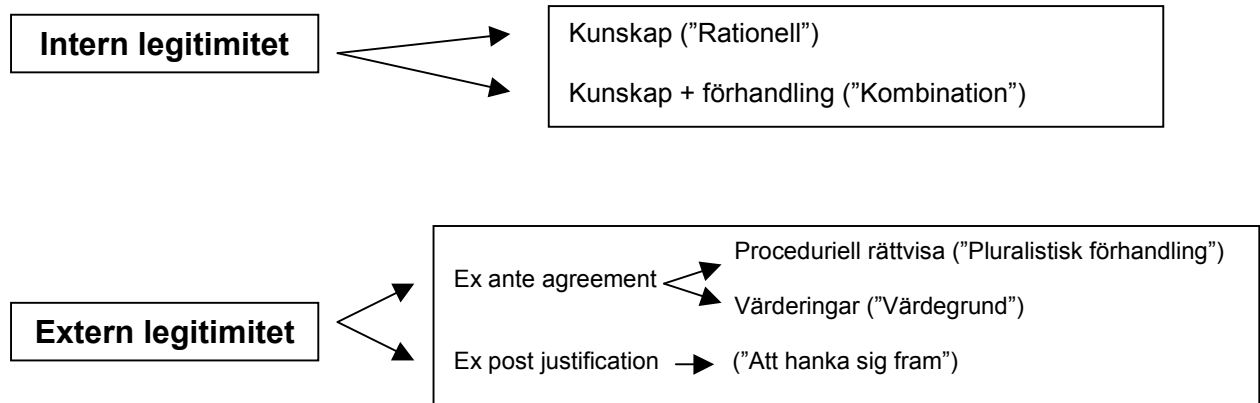
En process för intern legitimitet har till syfte att säkerställa förtroendet för prioriteringar inom hälso- och sjukvårdens egen organisation, dels mellan olika funktioner - den politiska, den administrativa och den kliniska – och dels bland de verksamma i vården.

En process för extern legitimitet syftar till att garantera allmänhetens förtroende för prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Att så kan tänkas ske på olika sätt visar upphovsmännen bakom några av de aktuella strategierna.

Två parallella processer framträder till vilka vi kan knyta flertalet av de redovisade strategierna. Av dessa förefaller två strategier passa ihop med en process för att säkerställa *intern legitimitet* medan tre främst har till syfte att utveckla förutsättningar för *extern legitimitet* (se figur 4).

²⁸ Man kan föreställa sig att genomförandet av prioriteringar vid en tidpunkt kan påverka förutsättningarna att genomföra prioriteringar längre fram i tiden, genom att den första processen påverkat faktorer i omvärlden.

Figur 4. Prioritering - två parallella processer



Processen för intern legitimitet kännetecknas av förmågan att hitta en kunskapsbas (vetenskaplig) och argument för att bygga prioriteringar på sådan kunskap. Det är den enda vägen som en kunskapsorganisation likt hälso- och sjukvården kan anträda för att säkerställa förtroendet för prioriteringar. Den ”kombinationsstrategi” som Coast (1996) utvecklar beskriver en rimlig modell för att säkerställa intern legitimitet i en prioriteringsprocess.²⁹

Vad däremot Klein (1993, 1998, 2000), Callahan (1990a) Hunter (1997) och Mechanic (1997) behandlar är en prioriteringsprocess för att förbättra förutsättningarna för extern legitimitet. De visar emellertid på två fundamentalt olika sätt: att i förväg (*ex ante*) bygga under förtroendet genom vägledande principer respektive en öppen och pluralistisk beslutsprocess eller att i efterskott (*ex post*) ge utrymme för granskning och korrigerande av utfallet.

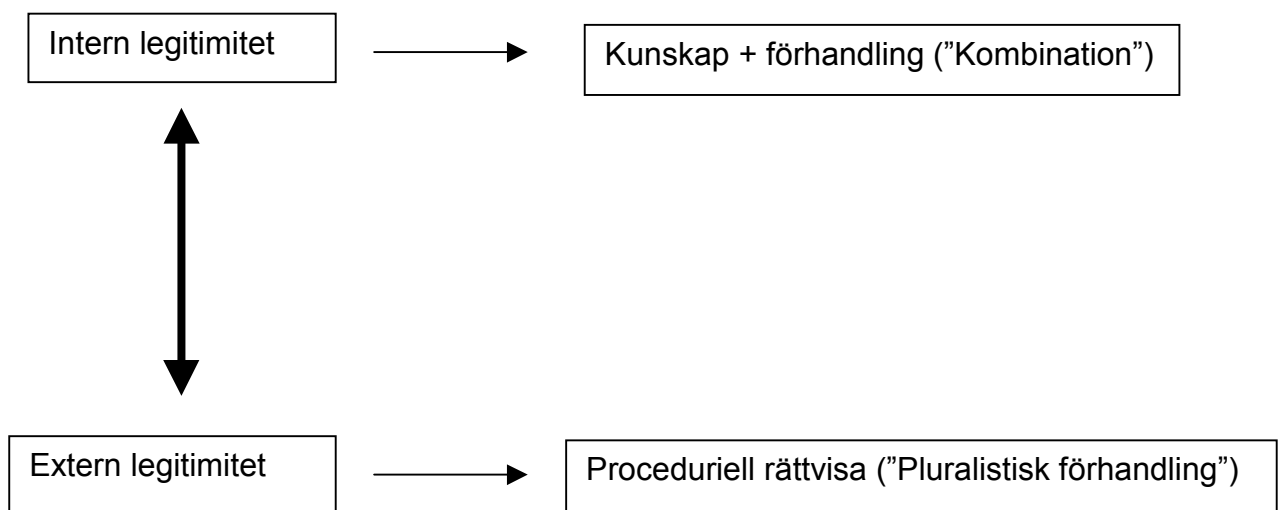
Av de fem här nämnda strategierna är det två som framstår som mer attraktiva när det gäller ambitionen att i Sverige utveckla en prioriteringsprocess för hälso- och sjukvård.

²⁹ Här finns beröringspunkter med den process som i Sverige går under benämningen ”medicinskt programarbete” som har börjat utvecklas av vissa landsting.

Det är dels ”kombinationsstrategin” för att säkra intern legitimitet och en strategi för ”pluralistisk förhandling” för att öka förutsättningar för extern legitimitet.³⁰

Som framgår av figur 5 hänger dock dessa båda processer ihop. Om inte intern legitimitet kan säkerställas, minskar drastiskt möjligheterna att gå i riktning mot extern legitimitet. Snarast är det så att resultatet från en process för att tillförsäkra intern legitimitet inom hälso- och sjukvårdens egen organisation, kommer att användas som ett av flera underlag i en process för att utveckla extern legitimitet. En process för extern legitimitet fungerar samtidigt som ”feedback” för intern legitimitet (den senare processen måste basera sin värdegrund på den förra).

Figur 5. Prioritering i hälso- och sjukvård – beroende processer



Den risk vi löper är att all kraft läggs på att säkerställa intern legitimitet medan alltför lite utrymme ägnas åt att utveckla former för att garantera extern

³⁰ En ”rationell strategi” framstår som orimlig eftersom värderingar – framtagna genom förhandlingar - i praktiken måste komplettera processen, precis som Coast anger. ”Strategin för värdegrund” kan te sig attraktiv, men är svår att tillämpa i ett öppet samhälle – av skäl som tidigare angivits. Strategin för att ”fyndigt hanka sig fram” förefaller i och för sig rimlig på många punkter, men är inte tilltalande i ett demokratiskt och öppet samhälle – man ”mörkar” de stora sammanhangen för medborgarna, vilket kan få oöverskådliga konsekvenser för tilltron till både hälso- och sjukvårdssystemet och till demokratin. Holm (1998) avfärdar tanken på ”enkla lösningar” på prioriteringsdilemmat i den skandinaviska miljön, och ser en öppen debatt som den enda framkomliga vägen.

legitimitet. Det finns också en risk att processen för intern legitimitet drivs åt fel håll.

Det kan ligga en fara i att tänja för mycket på det förhållandet att hälso- och sjukvårdens personal, enligt många undersökningar, åtnjuter ett stort förtroende hos befolkningen. Om ansträngningarna för att säkerställa intern legitimitet utvecklas i riktning mot att skapa "inofficiella professionella beslutsförsamlingar" som kommer att ta ställning i frågor vilka egentligen är av politisk natur (borde höra till processen för extern legitimitet) kan problem uppstå. I processen för intern legitimitet ligger att kunna motivera en kunskapsbas för prioritering. Det är dock stor skillnad mellan att ta fram "goda beslutsunderlag" byggda på bästa möjliga tillgängliga kunskap, där även luckor i kunskap och svagheter i metoder lyfts fram, och att ta formella beslut som får praktiskt genomslag. I det senare fallet måste ansvarsytorna mellan hälso- och sjukvårdens olika aktörer – politiker, administratörer och professioner – vara klarlagda liksom frågan om vad som hör till en process för extern legitimitet.

Vi ska återkomma till dessa frågor i del II av granskningen av prioriteringsprocessen när specifika metoder behandlas.

REFERENSER

- Alexander E. 1986. *Approaches to planning: Introducing current planning theories, concepts and issues*. New York: Gordon & Breach.
- Baumgartner FR, Jones BD. 1991. Agenda dynamics and policy sub-systems. *Journal of Politics* 53: 1044-74.
- Callahan D. 1987. *Setting limits. Medical goals in an aging society*. New York: Simon and Schuster.
- Callahan D. 1990a. *What kind of life. The limits of medical progress*. New York: Simon and Schuster.
- Callahan D. 1990b. Rationing medical progress. The way to affordable health care. *N Engl J Med* 322: 1810-13.
- Chinitz D, Shalev C, Galai N, Israeli A. 1998. Israel's basic basket of health services: the importance of being explicitly implicit. *BMJ* 317: 1005-7.
- Coast J. 1996. Clarification and acceptance: A way forward in priority setting. I: Coast J, Donovan J, Frenkel S (eds.) *Priority setting. The health care debate*. Chichester: John Wiley & Sons
- Coast J, Donovan J. 1996. Conflict, complexity and confusion: The context for priority setting. I: Coast J, Donovan J, Frenkel S (eds.) *Priority setting. The health care debate*. Chichester: John Wiley & Sons
- Cobb R, Ross JK, Ross MH. 1976. Agenda building as a comparative political process. *American Political Science Review* 70: 126-38.
- Cohen M, March J, Olsen JP. 1972. 'A garbage can model of organizational choice'. *Administrative Science Quarterly* 17: 1-25.
- Coote A, Hunter D. 1996. *New agenda for health*. London: Institute for Public Policy Research.
- Daniels N, Sabin JE. 1997. Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation and the legitimacy problem of insurers. *Philosophy and Public Affairs* 26: 303-50.

Donovan J, Coast J. 1996. Public participation in priority setting: commitment or illusion. I: Coast J, Donovan J, Frenkel S (eds.) Priority setting. The health care debate. Chichester: John Wiley & Sons

Forester J. 1984. Bounded rationality and the politics of muddling through. *Public Administration Review* (44): 23-30.

Fox DM. 1986. Health policies, Health politics. The British and American experience 1911-1965. Princeton: Princeton University Press.

Freeman R. 2000. The politics of health in Europe. Manchester: Manchester University Press.

Garpenby P. 2001. Medborgaren i prioriteringsprocessen. Rapport från PrioriteringsCentrum 2001:1. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Ham C, Coulter A. 2001. Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices. *J Health Serv Res Policy* 6: 163-69.

Hewlett M, Ramesh. 1995. Studying public policy. Policy cycles and policy subsystems. Toronto: Oxford University Press.

Holm S. 1998. Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. *BMJ* 317: 1000-1002.

Honingsbaum F, Calltorp J, Ham C, Holmstrom S. 1995. Priority setting processes for healthcare. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Hunter DJ. 1997. Desperately seeking solutions. Rationing Health Care. London: Longman.

Jones CO. 1984. An introduction to the study of public policy. Monterey CA: Brooks-Cole.

Jordan G. 1990. Sub-governments, policy communities and networks: refilling the old bottles? *Journal of Theoretical Politics* (2): 319-38.

Kingdon JW. 1984. Agendas, alternatives and public policies. Boston: Little Brown and Company.

Klein R. 1993. Dimensions of rationing: who should do what? *BMJ* 307: 309-11.

- Klein R. 1995. *The new politics of the NHS*. 3rd edn. Harlow: Longman.
- Klein R. 1998. Puzzling out priorities. *BMJ* 317: 959-60.
- Klein R. 2000. Setting priorities: what is holding us back – inadequate information or inadequate institutions? I: Coulter A, Ham C (eds.) *The global challenge of health care rationing*. Buckingham: Open University Press.
- Klein R, Day P, Redmayne S. 1996. *Managing scarcity: priority setting and rationing in the National Health Service*. Buckingham: Open University Press.
- Lindblom CE. 1959. The science of muddling through. *Public Administration Review*, 19: 79-88.
- Lindblom CE, Cohen DK. 1979. *Usable knowledge: Social science and social problem solving*. New Haven: Yale University Press.
- Liss PE. 2002. *Fördelning, prioritering och ransonering – en begreppsanalys*. Rapport 2002:4. Linköping: PrioriteringsCentrum
- Mechanic D. 1997. Muddling through elegantly: finding the proper balance in rationing. *Health Affairs* 16: 83-92.
- Melin A. 2003. *Rättvisa prioriteringar inom hälso- och sjukvård – etiska teorier och jämförelser med prioriteringsutredningens principer*. Rapport 2003:1. Linköping: PrioriteringsCentrum.
- Morone JA. 1992. The bias of American politics: rationing health care in a weak state. *University of Pennsylvania Law Review* 140: 1923-38.
- Parker R. 1975. *Social administration and scarcity*. I: Butterworth E, Holman R (eds). *Social welfare in modern Britain*. London: Fontana.
- Petrou S, Wolstenholme J. 2000. A review of alternative approaches to healthcare resource allocation. *Pharmacoeconomics* 18: 33-43.
- Pressman J, Wildavsky A. 1973. *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland*. Berkely: University of California Press.
- Rooks JP. 1990. Let's admit we ration health care – then set priorities. *Am J Nurs* 90: 39-43.

Schmitter PC. 1974. Still the century of corporatism. *The Review of Politics* 1: 85-131.

Williams A. 1999. Economics, ethics and the public in health care policy. *International Social Science Journal* 51: 297-312.

Williams A. 2000. Setting priorities: what is holding us back – inadequate information or inadequate institutions? I: Coulter A, Ham C (eds.) *The global challenge of health care rationing*. Buckingham: Open University Press.

Yates J. 1987. *Why are we waiting?* Oxford: Oxford University Press.

PrioriteringsCentrums rapportserie

2001:1 *Medborgaren i prioriteringsprocessen*. Peter Garpenby.

2001:2 *Målformulering och dess betydelse för prioriteringar i kommunal vård och omsorg – en pilotstudie*. Per-Erik Liss.

2002:1 *Perspektiv på prioritering – Rapportering från den första nationella prioriteringskonferensen i Linköping den 1-2 oktober 2001*.

2002:2 *Dokumentation av Medborgardialogen – ett utvecklingsarbete i landstinget i Östergötland. Delrapport 1*. Mari Broqvist.

2002:3 *Samtalsdemokrati och prioritering – utvärdering av ett försök med medborgarråd*. Peter Garpenby.

2002:4 *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys*. Per-Erik Liss.

2002:5 *Subventionering av läkemedel i andra länder – beslutsprocesser och användning av hälsoekonomiska utvärderingar*. Anders Anell.

2003:1 *Rättvisa prioriteringar inom hälso- och sjukvården – etiska teorier och jämförelser med prioriteringsutredningens principer*. Anders Melin.

2003:2 *Behov eller kostnadseffektivitet – vad ska avgöra prioriteringar inom hälso- och sjukvården?* Lars Bernfort.

2003:3 *Prioriteringsprocessen. Del I: övergripande strategier*. Peter Garpenby.