

Öppna prioriteringar i sjukvården villkor för tilltro till välfärdsmodellen

Gap mellan medborgarnas, beslutsfattarnas och sjukvårdens värderingar

|| På grund av det växande gapet mellan behov/efterfrågan och resurser blir det alltmer nödvändigt med öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Förväntningarna på sjukvården ökar i takt med att den medicinsk-tekniska utvecklingen erbjuder allt fler människor möjlighet till bättre hälsa och ökad livskvalitet. Antalet äldre ökar, och de i arbetsför ålder blir förhållandevis färre.

Problemen på resurssidan beror främst på en hotande akut personalbrist (och därmed stigande löner) men också på försämrade möjligheter att upprätthålla dagens välfärdssystem genom höjda skatteuttag för vård och omsorg [1-3]. Allt färre ska betala för allt fler. I den globaliserade ekonomin blir det dessutom svårt för enskilda länder att upprätthålla ett högt skattetryck. Till detta ska läggas den ofrånkomligt lägre produktivitet utveckling som sker inom tjänsteintensiva verksamheter som vård och omsorg, vilket innebär att dessa tjänster blir förhållandevis dyrare [4]. Behovet av prioriteringar växer.

Inte självklart vad prioritering är

Prioriteringar, i betydelsen resursbegränsningar, görs på alla vårdnivåer, även om det många gånger sker outtalat eller omedvetet. Ibland uppstår prioriteringseffekter som mer eller mindre förutsedda konsekvenser av enskilda beslut, andra gånger uppstår de som resultat av externa förändringar eller genom påverkan från andra beslutskedjor. Det är inte alltid självklart vad som är att beteckna som ett prioriteringsbeslut, och det kan finnas anledning att utgå från ett samlande begrepp. Framför allt bör betoningen ligga på vilka begränsningar som är aktuella, antingen de föreligger på utbuds- eller på efterfrågesidan. Vissa vårdbehov kan bedömas vara mindre viktiga att tillgodose, och andra gånger fokuseras terapier som anses ha begränsad medicinsk effekt eller för vilka relationen kostnad–nytta inte bedöms vara rimlig [5].

I min avhandling sker diskussionen utifrån följande definition: »The denial of services that are potentially beneficial to some people, because of limitations on the resources available for health care. This means putting the common good ahead of the interests of individuals in some cases« [6]. Prioriteringar har alltid förekommit i hälso- och sjukvården, men de krav på öppna och uttalade prioriteringar som nu reses har inte bara finansieringsproblemet som grund. Även om det växande trycket på hälso- och sjukvårdens resurser kunde

SAMMANFATTAT

Det växande gapet mellan behov och resurser framtvingar öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

I artikeln diskuteras utifrån en nyligen publicerad avhandling som baseras på attitydundersökningar bland vårdpersonal, sjukvårdspolitiker, administratörer, patienter och allmänhet.

De olika intressenterna ger uttryck för olika inställningar i ett antal viktiga prioriteringsfrågor. Inte minst utgör diskrepansen mellan allmänhetens förväntningar och betalningsvilja en pedagogisk utmaning.

Om gapet mellan medborgarnas värderingar och vårdpersonalens praxis skulle bli alltför stort äventyras hälso- och sjukvårdens legitimitet.

mötas genom effektivare resursutnyttjande, bättre samordning och struktur, starkare incitament eller genom omprioritering från annan offentlig verksamhet kan det finnas andra skäl att förespråka öppna och uttalade prioriteringar.

Öppet redovisade prioriteringskriterier kan innebära ökad rättvisa i resursfördelningen, större legitimitet i beslutsprocessen och bättre målstyrning. En försvarande omständighet är att olika intressentgrupper uppvisar signifikanta skillnader i synen på såväl vad som bör prioriteras som vem som bör fatta dessa beslut.

|| Metod

I avhandlingen redovisas resultat från fem attitydundersökningar bland beslutsfattare, medborgare och patienter (Tabell I). Bakgrundsstudierna är baserade på semistrukturerade intervjuer och självadministrerade postenkäter som genomförts under en sjuårsperiod. Under samma period utfördes ytterligare tre studier, men i avhandlingen redovisas endast resultat som publicerats i vetenskapliga tidskrifter. De övriga studierna utgör främst referensmaterial. Analyser har gjorts av skill-

tillräckligt stora för att medge jämförelser mellan undergrupper, och det är också en metodologisk styrka att respondenter ges tid och möjlighet att tänka över och kanske även diskutera frågorna med närstående [9]. Det gör en stor skillnad om en tillfrågad person tvingas ta ställning till känsliga prioriteringsavgöranden i en telefonintervju eller under en treveckorsperiod. Anonyma brevenkäter tenderar också att resultera i mer ärliga (och därmed också mer negativa) svar än andra intervjumetoder [10].

För att ytterligare reducera de metodologiska problem som ofrånkomligen vidlåder kvantitativa attitydundersökningar undviks i möjligaste mån konklusioner kring aggregerade resultat, utan uppmärksamheten riktas främst mot jämförelser mellan olika undergrupper. Trovärdigheten i resultaten har slutligen bedömts genom jämförelser med andra – svenska och utländska – studier.

II Resultat

De aktuella resultaten baseras på korstabuleringar, där samtliga svar jämförts med de olika bakgrundsvariablerna. De huvudsakliga resultaten återges i tabellform med procentuell svarsfördelning. Icke-parametriskt test har genomförts för att identifiera statistiskt signifikanta skillnader, och analyserna baseras främst på χ^2 -test. Statistiskt signifikanta resultat kan dock uppstå av slump, lika väl som viktiga skillnader mellan olika undergrupper kan missas genom alltför starka krav på statistisk signifikans. Olika bakgrundsvariabler kan korrelera, och samtliga test har standardiserats för ålder.

Höga förväntningar

Det finns från allmänhetens och i synnerhet patienternas sida höga förväntningar på hälso- och sjukvården, även om det kan diskuteras hur resultaten bör tolkas. Dessa förväntningar står inte i samklang med beslutsfattarnas syn på vad som bör erbjudas inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården (Tabell II och III).

Bland primärvårdspatienterna instämmer över 70 procent helt i påståendet »Varje individ har rätt att få sina sjukvårdsbehov tillfredsställda, även om besvaren är bagatellartade«. Endast 5 respektive 6 procent av administratörer och läkare instämmer helt i samma påstående. Samma inställning kommer till uttryck i flera av frågorna i de olika studierna, och exempelvis instämmer 78 procent av primärvårdspatienterna helt i påståendet »Svensk sjukvård är skyldig att alltid erbjuda patienterna bästa tänkbara vård, oavsett vad det kostar«.

Finansiering

I en studie (V) framkommer även att det råder delade meningar kring vilka finansieringsvägar beslutsfattare och allmänhet föredrar om mer pengar skulle behövas för att finansiera nuvarande standard i sjukvården. Politiker föredrar höjda skatter i större utsträckning än övriga grupper, medan läkare främst förespråkar kompletterande privata sjukvårdsförsäkringar. Bland allmänheten föredrar äldre respondenter höjda skatter, vilket yngre är mer negativa till. Medan nästan hälften av de äldsta respondenterna är beredda att höja skatten väljer endast en fjärdedel av de yngsta detta alternativ. Detsamma gäller för den framtida omsorgsfinansieringen, och resultaten är tankeväckande, just mot bakgrund av den demografiska utvecklingen med en växande andel äldre och därmed ett förväntat ökande vårdbehov.

Etiska prioriteringskriterier

En central fråga är om icke-medicinska kriterier ska kunna påverka olika patienters tillgång till vård. Eftersom allt fler medicinska behov uppstår som konsekvens av ohälsosam livsstil har kriteriet egenansvar kommit att diskuteras utifrån

Yngre människor är påtagligt negativt inställda till höjda skatter och kollektiv finansiering. Om den traditionella solidaritetsmodellen för sjukvården ska kunna behållas är detta en stor pedagogisk utmaning.

nader och likheter i svaren från de olika respondentgrupperna: medborgare, patienter, hälso- och sjukvårdspersonal, administratörer och sjukvårdspolitiker. Urvalet av landsting i de olika studierna har syftat till största möjliga variation. Eftersom överensstämmelse råder i svaren från de olika landstingen kan det antas att de uttryckta svaren även gäller för ekvivalenta grupper inom andra svenska landsting. De bakgrundsvariabler som använts har varit ålder, kön, hemvist, utbildning och någon gång även sjukvårdserfarenhet (medborgare).

Den första studien genomfördes i form av intervjuer med 60 skånska sjukvårdspolitiker. Efter intervjuerna ombads respondenterna att motivera de egna svaren och också att kommentera validiteten och relevansen för de olika frågorna. Denna mer kvalitativa ansats bidrog till att generera hypoteser och en diskursiv bas för de fortsatta kvantitativa studierna. Dessa har genomförts i överensstämmelse med Dillmans Total Design Method [7], vilket innebär att detaljerade rutiner för pilotstudier, enkätutformning, distribution och påminnelser har följts. Fördelen med metoden är att man når höga svarsfrekvenser, och de har varierat mellan 60 och 90 procent i de olika studierna. Babbie [8] hävdar att 50 procent är ett acceptabelt resultat, att 60 procent är bra och att svarsfrekvenser över 70 procent är mycket bra. Det bör samtidigt noteras att det i allmänhet är viktigare att undvika olika former av systematiska fel (bias) än att eftersträva höga svarsfrekvenser.

Vissa frågeställningar har genomgått kontinuerliga förändringar medan andra behållit sin ursprungliga språkform och därmed också givit utrymme för vissa longitudinella jämförelser.

Brevenkäter har den stora fördelen att urvalsgrupperna blir

Tabell I. Aktuella studier.

| År | (I) 1993 | (II) 1995 | (III) 1998 | (IV) 1998 | (V) 2000 |
|------------|-----------|---------------------------------------|----------------|-----------|---|
| Kategorier | Politiker | Läkare Sjuksköterskor Allmänhet | Sjuksköterskor | Patienter | Politiker Administratörer Läkare Allmänhet |
| Antal svar | 60 | 1 792 | 1 926 | 1 574 | 2 069 |

Tabell II. Primärvårdspatienternas, allmänhetens och beslutsfattarnas inställning till påståendet »Varje individ bör ha rätt att få sitt sjukvårdsbehov tillfredsställt, även om besvären är bagatellartade«. Värden i procent.

| | (IV) Patienter | (V) Allmänhet | Politiker | Administratörer | Läkare |
|---------------------|-------------------|------------------|-----------|-----------------|--------|
| Instämmer helt | 71 | 41 | 17 | 5 | 6 |
| Instämmer delvis | 22 | 38 | 41 | 21 | 30 |
| Instämmer inte alls | 4 | 17 | 38 | 72 | 62 |
| Vet inte/osäker | 3 | 4 | 4 | 2 | 2 |

Tabell III. Primärvårdspatienternas, allmänhetens och beslutsfattarnas inställning till påståendet »Svensk sjukvård är skyldig att alltid erbjuda patienterna bästa tänkbara vård, oavsett vad det kostar«. Värden i procent.

| | (IV) Patienter | (V) Allmänhet | Politiker | Administratörer | Läkare |
|---------------------|-------------------|------------------|-----------|-----------------|--------|
| Instämmer helt | 78 | 59 | 26 | 15 | 12 |
| Instämmer delvis | 16 | 33 | 53 | 49 | 47 |
| Instämmer inte alls | 3 | 5 | 18 | 34 | 40 |
| Vet inte/osäker | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 |

ett rättviseperspektiv [11]. Är det rättvist att människor som ätit, druckit eller rökt sig till hälsoproblem därmed också får lägre prioritet i sjukvården?

Bland allmänheten instämmer drygt hälften i att den som är beredd att ändra sin livsstil ska ges behandling före den som inte vill ändra sina vanor (Tabell IV). Samma resultat upprepas i olika studier, även då frågorna är delvis omformulerade, och gäller såväl rökning och alkohol som dåliga matvanor. Lika stabil är tendensen att vårdpersonal, politiker och tjänstemän ställer sig mer tveksamma än allmänheten till denna typ av prioriteringskriterier.

Bland allmänheten är många negativa till användandet av ålder som prioriteringskriterium. I en akut livräddningssituation, där endast en av två patienter går att rädda, instämmer knappt 30 procent av allmänheten i att en 30-årig patient bör räddas före en 60-årig. Bland beslutsfattarna instämmer drygt 40 procent, och mest positiva till att rädda 30-åringen är läkarna. Bland dessa instämmer 55 procent.

En annan valsituation som kan uppkomma i sjukvården rör patienter med varierande grader av kostnadstäckning eller skiftande prognostiserat framtida hälsotillstånd. Det gäller exempelvis patienter som omfattas av samarbete med försäkringskassan (eller rent av patienter med privata sjukvårdsförsäkringar).

Är det rätt att dessa patienter kan få kortare väntetid till behandling än andra patienter? Frågan har haft stor aktualitet under senare tid, och även här råder skillnad mellan allmänhetens och främst läkarnas inställning (Tabell V).

II Diskussion

I den mån som de uttryckta svaren kan antas spegla underliggande värderingar och attityder noteras stor stabilitet över ti-

den, liksom att visade skillnader mellan olika respondentgrupper återkommer i upprepade studier.

Problemet med attitydundersökningar

Samtidigt föreligger ett kroniskt validitetsproblem i alla attitydundersökningar. Uppvisar resultaten faktiska skillnader eller beror dessa på att påståendena tolkas olika av skilda respondentgrupper? Om exempelvis läkare och allmänhet tolkar ett uttryck som »bagatellartade åkommor« på olika sätt svarar de faktiskt på olika frågor, och skillnad i attityder behöver således inte föreligga. Ålder som prioriteringskriterium kan innebära en sak för en behandlande läkare, som kanske väger medicinsk nytta mot risk, och en helt annan sak för medborgaren eller politikern, som kan tolka frågan i ett mer etiskt perspektiv.

Får två människor någonsin exakt samma associationer när de hör eller läser ett påstående? Troligen inte. På så sätt kan två människor aldrig sägas besvara exakt samma fråga. Forskarens enda utväg är att försöka vara så enkel och koncis som möjligt men ändå inte så konkret att den underliggande principen eller värdekonflikten går förlorad. Det avgörande testet på trovärdighet i resultaten är om dessa stämmer överens med svar man nått i andra studier eller om det råder inre konsistens, dvs att likartade frågor ger likartade svar. I samtliga ovan redovisade resultat är detta fallet. Forskningsområdets komplexitet medger dock inte finare mätinstrument än ordinalskala eftersom det inte går att kräva mer precision från ett forskningsobjekt än vad detta objekt tillåter [12].

Demokratiskt dilemma

Det finns idag ett starkt tryck på hälso- och sjukvårdens personal att beakta kostnadsaspekten på den vård som erbjuds. I



ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

Tabell IV. Studie (V). »Om ett klart och entydigt samband mellan alkoholkonsumtion och en viss typ av leverskada konstaterats, då bör den som upphör med sin alkoholförtäring ges behandling för sin leverskada före den som inte vill sluta dricka.« Värden i procent.

| | Politiker | Administratörer | Läkare | Allmänhet |
|---------------------|-----------|-----------------|--------|-----------|
| Instämmer helt | 24 | 37 | 36 | 50 |
| Instämmer delvis | 35 | 31 | 36 | 25 |
| Instämmer inte alls | 39 | 27 | 26 | 19 |
| Vet inte/osäker | 2 | 5 | 2 | 6 |

riksdagens prioriteringsproposition beskrivs kostnadseffektivitetsprincipen på följande vis: »Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör man eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet« [5]. I Prioriteringsutredningen konstateras att »om resurserna är begränsade kan det i vissa sådana situationer vara rimligt att välja den näst bästa behandlingen« [13]. I den mån som dessa rekommendationer praktiseras bör det ske i medvetande om att detta knappast är i samklang med den breda allmänhetens förväntningar, och detta utgör ett demokratiskt dilemma.

Kollektivism eller egenansvar

Den uppenbara diskrepansen mellan allmänhetens förväntningar och betalningsvilja kan också utgöra en pedagogisk utmaning, i synnerhet de yngres negativa inställning till höjda skatter. Är de yngre medvetna om den ökande skattebörda som en fortsatt välfärdsutveckling kan innebära för deras del eller är yngre människor generellt sett mer kritiska till kollektiva finansieringslösningar? En hypotes är att yngre människor i större utsträckning betraktar ohälsa och vårdkonsumtion som manifestationer av ohälsosam livsstil och bristande egenansvar [14]. Ökande krav på individuellt betalningsansvar skulle följa av inställningen att hälsa och välbefinnande rent generellt är något man »gjort sig förtjänt av«, dvs vara ett uttryck för »de friskas växande tyranni över de sjuka« [14].

De äldre generationernas större erfarenhet av sluppens inflytande och de kollektiva krafternas påverkan på enskilda livsöden skulle minska tilltron till individens handlingsfrihet. Denna tolkning finner dock inget stöd i svaren på frågorna om rökare, alkoholmissbrukare eller personer med osunda matvanor ska erhålla lägre prioritet i operationsköer. Här finner vi ingen skillnad mellan yngre och äldre respondenter.

Ålder som prioriteringsgrund

En annan hypotes, som heller inte finner stöd i resultaten från de olika studierna, är att äldre personer skulle vara mer benägna att ge lägre prioritet åt äldres vårdbehov [15]. Hälsoekonomen Alan Williams har framfört argumentet att åldersdiskriminering kan vara rättvis eftersom man bör sträva efter likhet i (kvalitetsjusterad) livslängd, dvs att de som ännu är unga bör ges samma möjligheter att uppnå hög ålder som de som redan är gamla [16]. Enligt hans »fair innings«-argument är det att betrakta som en »bonus« om en person lever längre än 70–75 år. Åldersdiskriminering kan försvaras även utifrån en utilitaristisk position med argumentet att den yngre individen statistiskt sett har en längre återstående livslängd. I ett strikt nyttoperspektiv skulle det alltså vara rätt att i en extrem valsituation välja att behandla den yngre patienten. Den fråga som väcks med anledning av att ålderskriteriet tycks ha större acceptans bland läkare är om klinisk erfarenhet i sig leder till ett mer utvecklat nyttotänkande. Befintliga incitamentstrukturer skulle kunna främja en sådan utveckling.

I riksdagens prioriteringsriktlinjer diskuteras skillnaden mellan biologisk och kronologisk ålder: »Kronologisk ålder

Tabell V. Studie (V). »När risk för förtidspensionering föreligger bör försäkringskassan ha rätt att 'köpa förtur' för sina klienter i operationsköerna, även om detta skulle innebära att andra patienter får vänta något längre.« Värden i procent.

| | Politiker | Administratörer | Läkare | Allmänhet |
|---------------------|-----------|-----------------|--------|-----------|
| Instämmer helt | 17 | 10 | 22 | 9 |
| Instämmer delvis | 30 | 44 | 49 | 23 |
| Instämmer inte alls | 48 | 37 | 24 | 50 |
| Vet inte/osäker | 5 | 9 | 5 | 18 |

är bestämd av födelsedatum, medan biologisk ålder är ett mer vagt men ändå medicinskt bedömbart begrepp. Det skulle strida mot de etiska principerna att särbehandla någon enbart på grund av kronologisk ålder. Däremot ingår nedsatta fysiologiska reserver i bedömningen av vad enskilda äldre patienter kan tillgodogöra sig i form av medicinska åtgärder. En gammal person har sämre förutsättningar att klara av en viss behandling.« (Prop 1996/97:60, s 24-25.)

Detta är måhända ett resonemang som många skulle instämma i, men det ska samtidigt noteras att vid en rutinmässig bedömning är den kronologiska åldern den kanske viktigaste indikatorn på biologisk ålder [17]. Både i dagspress och i Läkartidningen har användandet av ålderskriteriet ifrågasatts [18, 19]. Två frågor som aktualiseras är dels i vilken utsträckning prioriteringar baserade på kronologisk ålder praktiseras, dels om uteblivna politiska prioriteringsbeslut leder till större användning av ålder – kronologisk eller biologisk – som prioriteringskriterium i den kliniska vardagen. Det tycks som om många av vårdens brukare och finansiärer, dvs skattebetalarna, skulle reagera negativt på en sådan utveckling. Om gapet mellan medborgarnas värderingar och vårdpersonalens praxis skulle bli alltför stort innebär detta att hälso- och sjukvårdens legitimitet äventyras.

Vems är ansvaret?

Då det politiska modet sviktar och de övergripande prioriteringsbesluten inte genomförs sipprar besparingskraven ner i organisationen och blir en angelägenhet för vårdpersonalen. För många anställda inom vård och omsorg blir detta en ovälkommen uppgift, som bidrar till att skapa en känsla av vanmakt och otillräcklighet. Det är föga överraskande att sjukskrivningstalen ökar om lönenivåerna inom vården och omsorgen blir ett uttryck för outtalade (och ibland även omedvetna) prioriteringar.

Då alltför stort ansvar delegeras till verksamhetsnivåerna ökar såväl godtycket i besluten som de geografiska orättvisorna. Den demokratiska styrningen försvagas, även om enskilda vårdgivare ges större möjligheter att sälla bland patienterna och skapa större rättvisa i »sin lilla vrå av världen«.

På en direkt fråga svarade två tredjedelar av läkarna att politiker bör ta ett större ansvar för prioriteringarna, medan en majoritet av politikerna menade att läkare bör ta ett större ansvar [11]. För många bedömare står det klart att denna besvärliga uppgift kan utföras endast i nära samarbete mellan politiker och vårdpersonal – och i dialog med allmänheten.

Rättvisa

Det finns stora skillnader mellan olika respondentgruppers inställning till vilka värderingar som bör vara vägledande i frågor kring resursfördelning och inte endast vad gäller ålder och egenansvar som prioriteringskriterier. Även i frågan om försäkringskassans klienter ska kunna erbjudas företräde i operationsköer ställer sig allmänheten långt mer kritisk än vad exempelvis läkarna gör. Detta kan bero på socioekonomiska skillnader mellan grupperna eller på att vårdpersonalen

haft anledning att tränga djupare in i frågeställningen, men det kan också vara så att det råder en mer egalitär inställning bland människor i allmänhet och att uttryckta värderingar kring tillgänglighet och rättvisa bottnar i en grundläggande övertygelse om att alla lika rätt till vård och omsorg. Denna inställning tycks också vara etablerad bland många politiker, vilket kanske främst kommer till uttryck i synen på skattefinansiering.

Den traditionella solidaritetsmodellen ställs inför nya utmaningar när resurserna inte längre räcker till för att även patienter med bagatellartade vårdbehov ska erbjudas samma höga tillgänglighet och vårdkvalitet som de med störst vårdbehov. Det finns en konflikt mellan önskemålet att kunna erbjuda alla vårdssökande en högkvalitativ vård med hög tillgänglighet och samtidigt få resurser över till äldre medicin, barn- och ungdomspsykiatri, rehabilitering, prevention, vård av svåra kroniska sjukdomar etc (notera att de tre sistnämnda kategorierna återfinns i grupp I och II i riksdagens prioriteringsriktlinjer).

Uttrycker samhället sin djupaste solidaritet genom att genomdriva vårdgarantier som många gånger gynnar de yngre, relativt friska patienterna, eller är syftet främst att hindra människor från att lämna systemet och söka sitt skydd i privata sjukvårdsförsäkringar?

II Slutsats

Den fråga som får allt högre aktualitet är om man verkligen gynnar systemets legitimitet bäst genom att »erbjuda allt åt alla« eller om förtroendet kanske rent av skulle växa om vissa vårdtjänster inte längre erbjöds med skattesubvention, utan utbudet begränsades. Då skulle vårdgarantier kunna ges en reell innebörd, liksom talet om hög tillgänglighet, och kanske skulle till och med en och annan patienträttighet kunna introduceras. Framtidens vårdkonsumenter lär inte nöja sig med mindre.

Det är heller inte nödvändigtvis resursgapet som främst väcker behovet av öppna och uttalade prioriteringar, utan många av de signaler som kommer från sjukvården idag talar om att det är kraven på rättvisa och nödvändigheten av att bevara förtroendet för den solidariska hälso- och sjukvårdsmodellen som gör att prioriteringsfrågan måste ägnas större uppmärksamhet.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. SOU 2000:7. Långtidsutredningen. Stockholm: Finansdepartementet.
2. Söderström L, Björklund A, Edebalk PG, Kruse A. Från dagis till servicehus. Välfärdspolitik i livets olika skeden. Välfärdspolitiska rådets rapport. Stockholm: SNS; 1999.
3. RSV-rapport 2000:9. Vår förvaltning 2010 – I globaliseringens spår. Stockholm: Riksskatteverket; 2000.
4. Baumol W. Health care as a handicraft industry. London: Office of Health Economics; 1995.
5. Regeringens proposition 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Riksdagen; 1996/97.
6. Dougherty CJ. Setting health-care priorities: Oregon's next steps. *Hastings Cent Rep* 1991;21(3 suppl):3.
7. Dillman DA. Mail and telephone surveys. The Total Design Method. New York: Wiley; 1978.
8. Babbie E. The practice of social research. Belmont: Wadsworth; 2001.
9. Fowkes FGR, Fulton PM. Critical appraisal of published research: introductory guidelines. *BMJ* 1991;302:1136-40.
10. Esaiasson P, Granberg D. Hidden negativism: Evaluation of Swedish parties and their leaders under different survey methods. *International Journal of Public Opinion Research* 1993;5:265-77.
11. Smith GD, Frankel S, Ebrahim S. Rationing for health equity: Is it necessary? *Health Econ* 2000;9:575-9.
12. Rosén P. Attitudes to prioritisation in health services. The views of citizens, patients, health care politicians, personnel, and administrators. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan; 2002.
13. SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande från Prioriteringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 1995. p. 120.
14. Reinhardt U. Accountable health care: Is it compatible with social solidarity? London: Office of Health Economics; 1997.
15. Williams A. Ethics and efficiency in the provision of health care. In: Bell JM, Mendus S, editors. *Philosophy and medical welfare*. Cambridge: Cambridge University Press; 1988.
16. Williams A. The rationing debate: Rationing health care by age: The case for. *BMJ* 1997;314:820.
17. Klein R, Day P, Redmayne S. *Managing scarcity*. Buckingham: Open University Press; 1996.
18. Wettermark B, Hjemdahl P. Har vi råd med en bra kolesterolsänkande behandling? *Läkartidningen* 2001;98:5472-83.
19. Werkö L. Äldre patienter diskrimineras i klinisk forskning och sjukvård. *Läkartidningen* 2002;99:2414-9.