

Prioriteringar inom sjukvården

Det viktigaste ekonomiska problemet för sjukvården är att finna en metod för att prioritera mellan olika slags vård och mellan olika patientkategorier, inte att minimera kostnaden eller att diskutera sjukvårdens totala omfattning, anser Ragnar Berfenstam och Thomas Thorburn. De föreslår här en metod för prioritering.

Hälsoekonomi kan definieras som studiet av hur människor och samhälle väljer att använda sina resurser för att förebygga, lindra och bota sjukdom samt hur de fördelar insatserna bland olika individer och grupper.

Den sjukvårdsdebatt som pågår i denna tidskrift har hittills varit begränsad till två delfrågor inom hälsoekonomin, nämligen dels till kostnadsminimeringsproblemet, där vårdens nytta för patienterna har förutsatts vara given, dels till bestämning av vad som är optimal resursåtgång för hälso- och sjukvården som helhet i relation till annan samhällslig verksamhet. Ståhl [1979] har i sitt inlägg i huvudsak ägnat sig åt det förstnämnda problemet, Fuchs [1979] och Blomqvist [1980] åt det sistnämnda. Debatten har därmed hittills förbigått det enligt vår uppfattning viktigaste hälsoekonomiska problemet, nämligen att prioritera bland föreslagna vårdalternativ med olika nyttoinnehåll för och olika fördelning mellan medborgarna.

RAGNAR BERFENSTAM är professor i socialmedicin vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.
THOMAS THORBURN är professor emeritus i förvaltningsekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm.

Prioriteringar som rör sjukvårdens innehåll och fördelning bör ställas i relation till målet för svensk hälso- och sjukvård som det idag upplevs av majoriteten av befolkningen. Vi uppfattar detta mål vara att reducera dödlighet och sjukdom samt förbättra förutsättningarna för livskvalitet för medborgarna. Härtill är två restriktioner knutna. Dels skall vården fördelas på ett rättvist och jämlikt sätt mellan olika medborgare och dels skall man söka göra nyttan av vården så stor som möjligt med tillgängliga resurser. Restriktionen om jämlik fördelning innebär att individernas inkomst och förmögenhet – deras betalningsförmåga – icke tillåts påverka fördelningen. Genom sitt beroende av betalningsförmågan är även betalningsviljan hos individuella patienter för egen vård oacceptabel som grund för här diskuterade prioriteringar.

Vår utgångspunkt är därför att marknadsekonomiska metoder icke är användbara för att lösa det preciserade huvudproblemet inom hälso- och sjukvården. Endast genom att finna andra godtagbara metoder för prioriteringen kan man konkretisera vilka specifika åtgärder, som bör väljas inom planeringen av sjukvården. Vårt inlägg är inriktat på detta huvudproblem. Härvid aktualiseras frågor som avvägning mellan resurser till preventiva respektive kurativa och rehabiliterande åtgärder riktade mot

Figur 1. Sju nivåer för beslut inom hälsovården.

Nivå	Beslutsfattarens kompetens	Patientkontakt	Patienter som berörs	Jämförelsealternativ	Bedömningsgrunder
1. Patientnivån	Lekman	—	—	—	—
2. Omvårdnadsnivån	Professionell	Kontinuerlig	—	—	—
3. Läkar-nivån	Professionell	Sporadisk	Individa	—	—
4. Medicinsk expertis-nivå	Professionell	Ingen	Anonym grupp	En sjukdom: olika behandlingsalternativ	—
5. Hälsoekonomernas expert-nivå	Professionell	Ingen	Anonym grupp	Olika sjukdomar	Endast medicinska, jämlikhets- och ekonomiska faktorer
6. Hälso-politiker-nas nivå	Politiker	Ingen	Anonym grupp	Olika sjukdomar	Politiska, o. administrativa faktorer tillkommer
7. Allmän-politiker-nas nivå	Politiker	Ingen	Anonym grupp	Sjukvård mot annan verksamhet	Politiska, o. administrativa faktorer tillkommer

samma sjukdom, men också frågor om avvägning av resurser mellan behandling av olika sjukdomar.

Sju olika beslutsnivåer

I figur 1 har vi formaliserat olikheterna i beslutssituationen på de sju nivåer vi urskiljer i beslutsfattande inom hälso- och sjukvården. Vi bortser här ifrån att gränsproblem mellan nivåerna i vissa fall kan uppstå.

Patientnivån

Med patientnivån, nivå 1, avser vi vårdbeslut som potentiella patienter själva fattar. Nonchalerar patienten i alltför

hög grad sina besvär? Upplevs t ex ångslan inför tänkbara ovälkomna besked om sjukdom eller obehag av väntetider och opersonligheten i våra jättesjukhus så att många går till läkare först på ett för sent stadium? Efterlevs läkarens ordinationer? Spelar i en del fall patientens egna ekonomiska förhållanden en hämmande roll? Det karaktäristiska på denna nivå, se figur 1, är att patienten är en lekman med begränsade kunskaper om sambandet mellan åtgärder och resultat, samtidigt som besluten gäller hans egen hälsa.

Hälso- och sjukvårdens fördelning kan, som nämnts, på grund av jämlik-

hetskravet icke göras beroende av individernas betalningsförmåga. Bortser vi emellertid till en början från restriktionen om jämlikhet, vill vi visa att det ändå inte alltid är acceptabelt att individuella patienters önskemål skall tillåtas styra vårdens innehåll. Patientens förmåga att bedöma värdet av individuella preventiva åtgärder och av sjukförsäkringar kan t ex ifrågasättas.

Det är självklart att patienternas åsikter i problem där de har personlig erfarenhet bör tilläggas stor vikt. Som exempel kan nämnas obehaget av väntetider, fördel av tillgång till en "egen" läkare, personlig erfarenhet av tidigare behandling av viss sjukdom och patientens integritet som individ etc. Men tveksamheten börjar när det gäller att låta den potentielle patientens värderingar av att undgå eller kraftigt minska risken för en given sjukdom styra. Fuchs [1979] påpekar att forskning visat att patienternas värdering av en medicinsk åtgärd är olika om de är friska eller sjuka. "Folk skulle antagligen vara mera villiga att betala för cancerbehandlingen, om de var sjuka, än att betala för det förebyggande programmet om de var friska." Detta innebär att mätning av betalningsvilja kommer att ge ett varierande resultat. Om lekmännens värdering av att t ex minska en risk för cancer sålunda är inkonsistent, har man anledning att tro att deras riskvärderingar kommer att vara ännu mer slumpartade om värderingen gäller en sjukförsäkring, vari ingår att skapa ett ekonomiskt skydd mot rader av sjukdomar, om vilka den potentielle patienten till stor del är ovetande.

Sedan tillkommer "free rider" problemet som vi tolkar så att många potentiella patienter är medvetna om att de får sin sjukvård oavsett försäkring. Det förefaller oss då felaktigt att bygga en seriös analys på "betalningsviljan" hos dessa "free riders".

Omvårdnadsnivån

Sjuksköterskor och annan vårdpersonal, nivå 2, fattar i sitt arbete många beslut som tillsammans kan få stor betydelse för patientens vård och som inverkar på resursåtgången. De är utbildade för den kontinuerliga omvårdnaden av patienter och därmed professionella. Som underlag för sina prioriteringar mellan olika vårdinsatser utgår de ifrån vad de lärt under utbildningen och från de anvisningar som läkaren ger eller särskilda vårdprogram anvisar. Den kontinuerliga kontakten med patienten, se *figur 1*, leder ofta till en känslomässig bindning till denne, som knappast kan undgå att också påverka deras dagliga beslutsfattande.

Läkarnivån

En läkare som behandlar sina individuella patienter är här beslutsfattare. Läkaren är professionell, se *nivå 3 i figur 1*, och kan därför förutsättas ha kunskap om moderna medicinska rön beträffande samband mellan olika behandlingsformer och resultat. Dessutom träffar han sporadiskt sin patient vid dennes läkarbesök eller vid egna ronder och kan därigenom ta hänsyn till individuella drag hos denne, något som aldrig kan beaktas i formaliserade vårdprogram. Läkaren bör därför ensam ha ansvaret för besluten på denna nivå. Genom att kontakten med patienten är sporadisk blir de emotionella dragen i kontakten med patienten nedtonade i jämförelse med *nivå 2*, även om patienten för den skull ej behöver reduceras till ett "fall". Om en patients liv är i fara är det läkares skyldighet att med befintliga resurser göra allt som är rimligt och möjligt enligt accepterad medicinsk praxis. Vi instämmer med Biörck [1979], när frågan gäller beslut på läkarnivån, att beslut inom sjukvården bör motiveras av humanitära skäl och ej av ekonomiska lönsamhetsaspekter. Man bör dock ha i minnet att de befintliga resurserna i en akut situ-

ation har tillkommit eller påverkats av en rad tidigare beslut av medicinska experter och sjukvårdspolitiker, nivå 4-7 nedan, där synsättet varit, och enligt vår mening bör vara, ett annat. Den rent medicinska analysen måste uppenbart bli avgörande för besluten på läkarnivån.

Medicinska expertisnivån

Prioriteringar på den medicinska expertisnivån, nivå 4, avser olika behandling av en och samma sjukdom. Karaktäristiskt för denna nivå är att situationen för varje enskild patient ännu inte är känd, utan prioriteringen avser en hel grupp av patienter som annu är anonyma när besluten fattas, se figur 1. Problemet är att i förväg, med hänsyn till vetenskapliga grön och beprövad erfarenhet om ifrågasvarande sjukdom, ge rekommendationer om behandling, tex i form av ett vårdprogram. Eftersom patienterna vid beslutet icke är individuellt kända utan anonyma, det kan tex gälla ett program för behandling av en viss magtarmsjukdom i framtiden, är det möjligt att väga risker och botandeeffekter mot varandra utan hänsyn till någon individuell patient. Emotionella faktorer blir ovidkommande. Vårdkostnader kan på denna nivå också tas med i bilden som en bland flera inverkanse faktorer. Skiljelinjen måste hållas klar mellan problemen på den medicinska expertisnivån och problemen på läkarnivån, mellan beslut om anonyma patienter och beslut som rör enskilda individer. De kräver olika analysmetoder. Nivå 4 är en nivå för vetenskaplig analys. Rekommendationer från denna nivå får praktisk effekt i den mån de följs av läkarna på nivå 3 och omvårdnadspersonalen på nivå 2.

Hälsoekonomernas expertnivå

På hälsoekonomernas expertnivå, nivå 5, är problemet till skillnad mot nivå 4 att ge underlag för att bedoma vårdinsatser för olika sjukdomar, vilket ju alltid inne-

bär olika patientgrupper, se figur 1. Det kan tex gälla en begäran om resurser till utvidgad kapacitet för hörsel förbättrande operationer, vilken skall prioriteras i relation till en annan begäran om resurser för operation av förslitna höftleder. En del politiker och läkare kanske invänder att en sådan jämförelse ej sker i praktiken. Vi vill hävda att exakt detta är den verkliga innebörden i vad som sker vid seriös planering och i budgetprocessen. En väsentlig skillnad i situationen på denna nivå och den på nivå 4 är att nyttan av vården kommer att tillfalla olika grupper av personer med olika sjukdomar. Att låta patienternas individuella betalningsförmåga bestämma fördelningen är oacceptabelt på denna nivå, eftersom jämlikhetskravet måste utgöra en hörnsten i varje seriös analys. Vår uppfattning är att det för närvarande saknas användbara metoder för att göra prioriteringar på denna nivå.

Erfarenhet har visat att vi hittills utvidgat våra sjukvårdsinsatser på många olika fronter samtidigt vilket bidragit till en brant kostnadsstegring för sjukvården som helhet. Om vi tvingas att starkt begränsa den framtida ökningstakten måste man reducera eller uppskjuta vissa behandlingsformer. Planeringen härav så att patienterna orsakas minsta möjliga olägenheter aktualiserar behovet av prioriteringsmetoder på nivå 5. Enligt vår mening är det därför på denna nivå som en ny metod för prioritering främst behövs, om man på allvar skall kunna utveckla hälsoekonomin i Sverige. En metod att göra denna problematik hanterlig kommer vi att ta upp nedan. Metodens praktiska betydelse kommer att bero på den vikt politikerna på nivå 6 och 7 tillmäter den.

Hälsopolitikernas nivå

På denna nivå 6 har vi förflyttat oss till den politiska verkligheten. Beslutsproblemen gäller fördelningen av de knappa

vårdresurserna. För hälsopolitikerna tillkommer en rad politiska och administrativa faktorer, som experterna på *nivå 4 och 5* bortser ifrån, se *figur 1*. En sjukvårdspolitiker som skall väga en ansökan om pengar från den medicinska kliniken mot en ansökan från den kirurgiska kliniken kan icke undgå att ta viss personlig hänsyn. Varje läkare är i egenskap av anslagssökare dessutom vanligen ärligt övertygad om att hans specialitet särskilt väl behöver mer resurser. Han upplever nyttan därav på ett påtagligt sätt i sin dagliga verksamhet. Det är därför mänskligt om han i sina ansökningar främst åberopar sådana skäl som styrker hans chanser att få pengar och låter bli att ta upp de skäl som talar däremot. Följden blir dock att hälsopolitikerna ofta med visst fog är skeptiska till objektiviteten i anslagsansökningarna. De har också att ta andra hänsyn, t ex att infria tidigare politiska löften. Vårdpersonalens negativa reaktion mot förslag som tar bort en existerande tjänst är också en realitet. Ett starkt politiskt och administrativt element kommer därför alltid in vid beslut på denna nivå utöver de medicinska, rättvise- och ekonomiska motiv som beaktades på *nivå 5*. Skall vi i praktiken kunna åstadkomma en bättreushållning med våra hälso- och sjukvårdsresurser, måste detta materialiseras i denna miljö. Enligt vår uppfattning är det därför nödvändigt att de analyser av prioriteringar som görs på *nivå 4 och 5* utformas så att de blir mer trovärdiga och respekterade beslutsunderlag för hälsovårdspolitikerna än hittills.

Allmänpolitikernas nivå

Här på *nivå 7* jämförs resursanvändning för hälsovård med resursanvändning utan direkt anknytning till hälsovård, t ex vägbyggen, se *figur 1*. Vi havdar att detta är den underliggande innebörden i många riksdags- och landstingsbeslut, även om politikerna inte uttrycker det så

krasst. Eftersom alternativens lönsamhet på *nivå 7*, t ex för vägombbyggnader, ofta presenteras i pengar, föreligger ett motiv från jämförelsesynpunkt hos allmänpolitikerna att även få vårdalternativens lönsamhet angiven i pengar. Enligt vår uppfattning är detta den enda beslutsnivån inom hälso- och sjukvården där det föreligger ett sådant skäl. På alla andra nivåer bör man enligt vår mening avstå ifrån att uttrycka hälso- och sjukvårdens nytta i pengar.

Blomqvist diskuterar hur sjukvårdens totala resursåtgång bestäms, ett beslutsproblem på *nivå 7*. Han utgår därvid från att gränsproduktiviteten i sjukvården är liten och ställer frågan varför vi då inte minskar de resurser som ges till sjukvården. Väljare tycks inte rösta på politiker och partier med ett sådant program och Blomqvist frågar varför. Ett svar kan enligt honom vara att väljarna anser gränsproduktiviteten vara större än vad ekonomiska forskningsresultat tyder på. Ett annat kan vara att väljarna får missvisande information. För vår del anser vi att ett tredje alternativt svar kan vara, att forskningsresultaten om sjukvårdens låga gränsproduktivitet är missvisande. Härför talar det förhållande som vi berört under *nivå 5*, att det idag icke existerar något gemensamt mått på sjukvårdens nytta. Hälso- och sjukvården består i så fall kanske av ett stort antal av varandra helt oberoende delar, vars nytta icke kan rangordnas. Begreppet gränsproduktivitet för hälso- och sjukvården som helhet kommer då att sakna verklighetsanknytning.

En tänkbar prioriteringsmetod

Självklart nödvändig vård som akutsjukvård, operation vid livshotande tillstånd etc behöver icke prioriteras. Alla är ense om att den vården skall ges. Här diskuteras vi därför endast verkliga prioriteringsproblem, dvs situationer där omdömesgilla personer har olika uppfatt-

ning om angelägenheten av olika typer av vård, samtidigt som resursknapphet tvingar till prioriteringar. Vilken vårdåtgärd skall då ges förtur? Varje ekonomisk analys måste därvid enligt vår uppfattning bygga på de bästa medicinska kunskaper som föreligger när prioriteringen avgörs. Olika vårdinsatser måste också sorgfälligt vägas mot varandra och alla berörda parter synpunkter beaktas. Hälsoekonomi är ett tvärvetenskapligt område där medicinare och ekonomer måste samverka. Denna artikel är ett exempel härpå.

I det föregående avsnittet har vi sökt påvisa bristerna i de prioriteringsmetoder som nu traditionellt används. I detta avsnitt skall vi diskutera vilka metoder man i stället skulle kunna använda. Vi är medvetna om svårigheterna härvidlag. Våra synpunkter bör därför betraktas som bidrag till en metoddiskussion, ej som någon slutgiltig lösning.

Av de sju nivåerna inom hälso- och sjukvården är det bara på två – den medicinska expertisnivån och hälsoekonomernas expertnivå – som renodlad ekonomisk analys har sin plats. Sådan analys har till uppgift att bidra till en bättre hushållning med vårdresurserna. Vad som utgör bättre eller sämre hushållning inom vården bör bedömas mot de idag allmänt rådande värderingarna i Sverige av hälso- och sjukvårdens mål.

Livskvalitet-index

Låt oss utgå från några läkares begäran om budgetanslag för nya hälso- och sjukvårdsändamål och kalla dem alternativ "a" och alternativ "b". Vi föreslår följande prioriteringsregel:

Alternativ "a" bör prioriteras i fråga om resurstilldelning framför alternativ "b" om

$$\frac{N_a}{R_a} > \frac{N_b}{R_b}$$

där N betecknar den förväntade nyttan av alternativet och R betecknar de därför erforderliga vårdresurserna. Vi förutsätter att resurserna, R, är beräknade i pengar. De kan avse medicinsk utrustning, löner, förbrukningsmaterial, lokaler etc.

För att prioriteringsregeln skall kunna tillämpas måste nyttan, N, av varje alternativ kunna anges i ett och endast ett mått. Det är en vanföreställning att detta mått måste vara pengar. Måttenheten kan lika väl bestå av ett indextal på nyttan. Vi kallar ett sådant index för *livskvalitetindex*. Sådana index har i flera år diskuterats i medicinsk fackpress, se t ex Stason och Weinstein [1977].

Det livskvalitetindex som behövs för prioriteringar på nivå 4 och 5 avser en grupp anonyma, framtida patienter, aldrig patienter som individer. Vi vill betona detta för att undvika missförstånd. Ett livskvalitetindex utgår från olika hälsotillstånd som uppfattas som en väsentlig förutsättning för livskvaliteten hos den grupp anonyma patienter, som kommer att påverkas av de övervägda vårdalternativen. Exempel på sådana tillstånd är att vara psykiskt resursbegränsad och sängliggande, psykiskt frisk men sängbunden, rullstolsbunden, vara beroende av levande hjälp respektive av hjälpmedel för förflyttning; när det gäller sinnesfunktioner exempelvis att vara helt döv, eller att kunna höra med hörapparat. Som andra kvaliteter kan nämnas grad av oro och ångest, sömnsvårigheter m m. I den internationella debatten har flera förslag framförts till systematiska grupperingar av sådana tillstånd, (se t ex Gogono och Woodgate [1971] och Berg, Hallauer och Berk [1976]).

Det förutberäknade, förväntade värdet för en anonym patient att efter vård under ett år befinna sig i ett bestämt sådant tillstånd ges ett visst indexvärde. Nyttan av en vårdinsats mäts som de indexpoäng som vinnes genom att pati-

enter tack vare vårdåtgärderna flyttas från ett sämre livskvalitet-tillstånd till ett bättre. Nyttan kan naturligtvis också bestå i att förhindra en eljest sannolik försämring.

Sedan skall jämlikhetsaspekterna konkretiseras i form av skäliga viktrelationer mellan olika grupper av anonyma individer, främst mellan patienter med olika sjukdomar och mellan gamla och unga. En första utgångspunkt härvidlag kan lämpligen vara att varje individ räknas lika. Om hundra patienter väntas bli bättre genom vårdåtgärden multipliceras indextillskottet för en individ med hundra. Inkomst och förmögenhet påverkar inte en sådan nyttoberäkning. Om det finns risk för att en operation i en procent av fallen misslyckas och patienten dör, tvingas man att sammanväga effekten för den som dör med effekten för dem som blir bra. Det kan man göra genom att som nytta räkna 99 tillskott i indexpoäng och därifrån dra av en förlust av indexpoäng genom dödsfallet för den hundrade patienten. Risker för andra komplikationer än dödsfall kan på motsvarande sätt beaktas eftersom beräkningen enbart avser anonyma individer.

Svåra problem vid indexkonstruktionen kan uppkomma när man tvingas jämföra nyttan för gamla med nyttan för unga. Ju äldre en person tex är vid en operation desto kortare blir hans sannolika återstående livslängd och därmed antalet år i ett bättre livskvalitet-tillstånd. Om varje år ges lika indexvikt oavsett patientens ålder kan detta tänkas leda till en systematisk preferens för vård av unga personer.

Värderingsproblemet

Den springande punkten vid praktisk tillämpning är vem som skall ange vikttalet på de olika tillstånd som ingår i livskvalitet-indexet. Vi har tidigare sagt att det är principiellt felaktigt att låta poten-

tiella patienters individuella betalningsvilja för egen vård på *nivå 1* bestämma dessa vikttalet. Med vår representativa demokrati synes denna uppgift i stället böra åvila politikerna. Man kan t ex bilda en stor panel av cirka 50 ansedda hälsopolitiker, som till sin hjälp bör få dels omdömesgilla läkare från olika specialiteter, dels omfattande undersökningar av erfarenheterna hos personer som själva upplevt de olika tillstånden. Varje medlem i panelen skulle kunna ange de vikttalet på varje tillstånd han själv anser rimliga och indexets slutliga vikttalet utgöras av genomsnittet av panelmedlemmarnas värderingar.

Om ett index av denna typ kunde konstrueras borde nyttan av vilken som helst föreslagen vårdåtgärd, där de medicinska sambanden mellan åtgärd och effekt är någorlunda klarlagda, förhoppningsvis kunna beräknas. Den summan, angiven som indexpoäng, kunde sedan sättas in i den ovan angivna formeln och därmed möjliggöra en rangordning mellan olika resurskrävande förslag till hälso- och sjukvård efter förväntad nytta i förhållande till insats. En sådan ekonomisk analys kan anses bygga på rådande uppfattningar om rättvisa inom hälso- och sjukvården och på en nyanserad bedömning av rådande medicinska mål för denna vård i Sverige. Vårt förslag bör ännu så länge ses som en skiss till en tänkbar ny ekonomisk analysmetodik.

Praktisk tillämpning

Vi vill göra några ytterligare kommentarer till index-metodens praktiska tillämpning. Som vi nämnde tidigare är metoden avsedd att användas på *nivå 4* och *5*. Om metoden används vid prioriteringar inom hälso- och sjukvården på *nivå 4* kan indexet utformas speciellt för en enda sjukdom, eftersom problemet där gäller rangordning mellan alternativa behandlingssätt för samma sjukdom. Antalet aktuella livskvalitet-tillstånd i indexet

kan därmed begränsas. I gengäld kan de kvarvarande tillstånden underindelas genom mer detaljerade specifikationer.

På nivå 5 däremot krävs ett generellt index som omfattar vitt skilda livskvalitetstillstånd. Problemet är ju där att jämföra insatser mot olika sjukdomar med varandra. Ortopedisk behandling av barn bör tex kunna jämföras med åldersvårdsinsatser. Om metoden skall vara praktiskt hanterlig måste det antal tillstånd som tas med vid indexkonstruktionen begränsas. En konsekvens härav blir att metoden främst torde kunna få praktisk användning för att skilja mellan stora olikheter i nyttotillskott i förhållande till insatsen, inte små. Måtten på nyttan måste därigenom komma att bli grova. Detta är dock ingen allvarlig olägenhet, eftersom det är de stora skillnaderna i nyttotillskott som politikerna på nivå 6 och 7 i första hand behöver bli informerade om, innan de fattar sina beslut om resurstilldelningar.

Om här föreslagna beräkningsmetod skall tillmätas betydelse av hälsopolitikerna på nivå 6 synes det enligt vår mening vara nödvändigt att livskvalitetindexet ges en så hög prestige som möjligt. Först och främst bör de som i panelen anger vikterna ha högt anseende för oväld. Indexet måste även utformas så att möjligheterna för enskilda utredningsmän att manipulera med indexet i syfte att främja de resursäskanden, som företräds av en enskild påtryckningsgrupp, försvåras.

För hälsopolitikerna borde de här skisserade ekonomiska analyserna – om de i praktiken visar sig vara möjliga att genomföra – utgöra ett stöd, både gentemot enskilda företrädare för medicinska specialiteter och gentemot väljare, att säga nej till förslag som ter sig direkt oekonomiska och ge förtur till projekt som kan förväntas ge god nytta. Politikerna skulle få ett användbart ekonomiskt redskap för styrning av lands-

tingens hälsovårdsresurser.

Vad vi här framlagt är en första skiss till en ny analysmetod inom hälsoökonomi. Själva anser vi metoden vara så intressant att det vore motiverat att satsa forskningsmedel på ett utvecklingsarbete av densamma.

Avslutning

Den kände amerikanske samhällsforskaren Daniel Bell ser tre dimensioner i det moderna samhället: den teknisk-ekonomiska strukturen, den politiska apparaten och kulturen. Tidigare, menar Bell, fanns enhet och harmoni mellan dessa tre sfärer. Nu styrs de av motsatta principer: ekonomin av effektivitet, politiken av jämlikhet och kulturen av självförverkligande. Vår skiss till ny analysmetod inom hälsoökonomi är en syntes. Det ekonomiska effektivitetskravet tillgodoses däri med en rationell rangordning där både resursåtgång och förväntad nytta beaktats. Det politiska målet tillgodoses genom att nytta beräknas enligt i Sverige idag rådande rättvisevärderingar. Det medicinska målet vill vi se som en strävan att skapa sådana tillstånd genom hälso- och sjukvården, som ger medborgarna de bästa förutsättningarna för självförverkligande.

Referenser

- Bell, D., [1978], *The Cultural Contradictions of Capitalism*, New York
Berfenstam, R., m fl, [1979], *Hälsoekonomi*, SPRI, Stockholm
Berg, R. L., Hallauer, D. S., och Berk, S.N., [1976], "Neglected Aspects of the Quality of Life", *Health Service Research*, Winter
Biorck, G., [1979], "Sjukvården – ett ekonomiskt eller humanitärt problem?", *Ekonomisk Debatt*, årg 7, nr 7

- Blomqvist, Å., [1980], "Konsumentönskemål och effektivitet i sjukvården", *Ekonomisk Debatt*, årg 8, nr 1
- Fuchs, V. R., [1979], "Sjukvårdens ekonomi i det högindustrialiserade samhället", *Ekonomisk Debatt*, årg 7, nr 7
- Gogono, A. W., och Woodgate, D. J., [1971], "Index for Measuring Health", *The Lancet*, Nov 6
- Stason, W. B., och Weinstein, M. C., [1977], "Foundations of Cost-Effectiveness Analysis for Health and Medical Practises", *The New England Journal of Medicine*, March 31
- Ståhl, I., [1979] "Sjukvården - problem och lösningar", *Ekonomisk Debatt*, årg 7, nr 7