

En ung människa som glider ur samhället kan kosta samhället 10–20 miljoner kronor under sitt liv

og større individuelle muligheter. Flertallet ser seg selv som vinnere, og resultatet er blitt det todelte samfunn – et flertall som har det godt og får det bedre og et mindretall som har det vanskelig og får det verre. Det er delte meninger om hvor store de to gruppene er: 10–90, 20–80 eller 1/3–2/3. Poenget er at flertallet har makten, driver flertallspolitikken og føler at markedsmodellen tilfredsstiller deres behov.

Det er imidlertid et paradoks i dette politiske spillet. På litt lengre sikt er flertallet antakelig ikke tjent med en flertallspolitikken som skaper for store problemer for mindretallet. Det er to årsaker til det.

Det ene er at mindretallets muligheter for å skape alvorlige problemer for samfunnet er store: kriminalitet, vold, narkotika, alkohol, barnemishandling, omsorgssvikt osv. Alt dette får stadig større konsekvenser for samfunnet. Jeg tror f.eks. at et ungt menneske som blir ut av samfunnet blir kriminell og etter hvert arbeidsufør kan koste samfunnet 10–20 millioner kroner i løpet av livet. Flertallets utgifter til beskyttelse blir også store. Mine velstående amerikanske venner bruker sine svære inntekter på privat sikkerhetstjeneste, private skoler og privat helsetjeneste, samtidig som de lengter etter et tryggere og enklere samfunn. Det merkelige er at ingen økonom arbeider med "cost-benefit" analyser av hva et håpløst og hjelpeløst mindretall koster samfunnet. Slike analyser ville antakelig vise at markedsmodellen skyver store utgifter foran seg. Tenk f.eks. på at de moderne industriland nå har en arbeidsløshet som innebærer at 10–15 % av ungdommen aldri vil komme i arbeid. Skulle noen tvile på alvor i dette resonnementet, er det nok å henvise til opprøret i Los Angeles i mai 1992.

Den andre grunnen til flertallets problemer på lengre sikt er at et sivilisert samfunn ikke er i stand til å lukke øynene for mindretallets lidelser når de blir for store. To eksempler fra Norge illustrerer det:

– Når omsorgen for enslige pleietrengende eldre blir for dårlig, reiser dette en storm mot politikerne som alltid utløser ekstra bevilgninger i milliardklassen.

– I Norge har vi i de siste åren hatt en gjeldskrise, fordi mange lånte for mange penger i de rike 80-årene og nå blir drevet fra hus og hjem som markedsmodellens ofre. Det har hendt at ofrenes barn har begått selvmord, og samfunnet blir nødt til å finne en løsning for gjeldsofrene.

Mitt poeng er at flertallet vil bli tvunget til å innse at det på lengre sikt lønner seg å føre en politikk som sørger for at mindretallet får levelige vilkår. Dette vil gripe direkte inn i synet på de politiske prioriteringer, også i helsetjenesten.

Min tro er derfor at samfunnspolitikken – og dermed prioriteringsgrunnlaget – vil svinge mellom velferdsmodellen og markedsmodellen. På sikt vil de nærme seg hverandre. Grunnen er helt enkelt at det vil lønne seg.

Dette er grunnlaget, slik jeg ser det, for prioriteringsdebatten i helsetjenesten. Jeg tror altså at den nåværende markedsmodellen må tilpasse seg, slik at en i noen grad tar vare på mindretallet. Det innebærer – tror jeg – at vi beholder en sterk offentlig helsetjeneste, men den må finne seg i en kontinuerlig og kritisk overvåking fra samfunnet. Jeg tror også det på sikt vil innebære en økende interesse for forebyggende tiltak, spesielt til fordel for mindretallet – de såkalte svake grupper i samfunnet.

Valg mellom to strategier

I de siste 40 årene har helsetjenesten hatt en eventyrlig vekst. Da jeg ble ferdig lege i 1950, var det 3 000 leger i Norge. I dag er det 12 000. Helsetjenesten er blitt landets største arbeidsplass med et budsjett som nærmer seg 50 milliarder kroner eller ca 7 % av BNP i Norge.

Likevel har helsetjenesten for lite ressurser til å utnytte medisinen muligheter fullt ut, og den utsettes for et stadig press. De fem viktigste pressfaktorene er:

- Demografien: flere av de eldste
- Sykdomspanoramaet: flere kronisk syke og funksjonshemmede

Välfärdsmodellen och marknadsmodellen kommer på sikt närma sig varandra. Orsaken är helt enkelt att detta kommer att löna sig

.....

Ska man hålla ställningarna med en budget som inte ökar behöver man frigöra och omdisponera minst 2 procent per år.

.....

- Framskritt i medisinsk vitenskap og teknologi
- Vedlikehold og fornyelse av bygninger, utstyr og personell
- Økende forventninger og sterkere rettigheter

Til sammen utgjør disse faktorene et sterkt press for fortsatt vekst. Skal en holde stillingen med et budsjett som ikke øker, er det min forsiktige gjetning at en må frigjøre og omdisponere minst 2 % per år. Det høres ikke så ille ut, men det er utrolig vanskelig.

I denne situasjonen kan en ha to hovedstrategier:

- Strategi A: Rasjonalisering
- Strategi B: Rasjonering

Den første strategien er mest fristende fordi den sparer en for alle de vanskelige etiske og politiske prioriteringer. Spørsmålet er om rasjonaliserings- og effektiviseringspotentialet er stort nok til å hindre rasjonering.

Strategi A: Rasjonalisering

Denne strategien rommer fem svært forskjellige virkemidler.

Effektivisering

Det første virkemidlet er effektivisering, og helsetjenesten har gjort en kjempeinnsats i de siste 10–15 årene for å få til det. Stikkordene er kortere liggetid på sykehus, dagbehandling ved sykehus og poliklinisk undersøkelse og behandling. Det er vunnet mye, spesielt i sykehusene. Spørsmålet er om det er mer å hente? Jeg tror nok det, men i de senere år har bivirkningene blitt tydeligere. Den ene er slitasjen på personalet, og den andre er at effektiviseringen kan true kvaliteten – spesielt den menneskelige kvaliteten i helsetjenesten.

Jeg tror likevel at en må fortsette dette arbeidet, og spesielt vil jeg peke på en reform som jeg har stor tro på, nemlig innføring av prinsippet om fast primærlege etter det engelske listesystemet. I det hele tatt tror jeg på kontinuitet: Det er billigere, fordi det er bedre.

Jeg må også nevne en stor sykehusreform som har spredt seg fra USA, nemlig DRG – Diagnosis Related Groups. Den grunnleggende idé er å ordne alle diagnoser og tilhørende behandlinger etter en ressurskala, slik at hvert nummer på skalaen har en enhetspris. Etter grundlige studier endte en med ca 470 grupper (2). Poenget er at sykehusene får enhetsbetalingen, enten pasienten blir billigere eller dyrere. Det betyr at systemet fremtvinger effektivisering og rasjonalisering. Det er stadige diskusjoner om systemet, særlig om det svekker kvaliteten (3). For tiden prøves det i mange europeiske land, også i Norge. Intensjonene er gode, men det er ennå for tidlig å avgjøre nytten og mulige biverkninger.

Min samlede vurdering er at effektiviseringsarbeidet må fortsette, men det er alene ikke tilstrekkelig.

De store forskjellene i helsetjenesten

I årevis har vi visst at det er store forskjeller i helsetjenesten i alle industriland (4,5,6). En finner dem på alle områder: Legesøkning, sykehusforbruk, legemidler, laboratorieprøver, operasjoner, fysikalsk behandling osv. Stort sett er det fem karakteristiske trekk:

- De utgjør 50–150 av gjennomsnittet
- De er ikke blitt mindre
- Vi kjenner ikke optimum
- Årsakene er for det meste ukjente, jfr begrepet "doktorfaktoren"
- De har små medisinske, men store økonomiske konsekvenser

Disse forskjellene er en stor frustrasjon for alle, ikke bare for helsetjenesten. De gjør helsetjenesten sårbar for kritikk og nedskjæring basert på en enkel logikk: "Hvis dere ikke vet det beste, så velg det billigste". Potensialet for innsparinger er dermed 30–60 %.

For oss som lever vårt liv i helsetjenesten er forskjellene en naturlig følge av at medisinen nok er en vitenskap, men helsetjenesten bygger også på empiri og "legekunst". Noen forskjeller har også naturlige loka-

.....

Effektiviseringsarbeidet må settes i sammenheng med andre tiltak som må iverksettes for å sikre en god og effektiv helsevesen.

.....

le årsaker. Problemet er at å finne frem til optimal behandling krever store, kostbare og kompliserte kontrollerte kliniske undersøkelser, som det er gjort alt for lite av. Likevel er det klart at potensialet for rasjonalisering er stort, og midlet er et tålmodig forsknings- og utviklingsarbeid med sikte på behandlingsprogrammer som tar både medisinske og økonomiske hensyn. Hypertensjon er et naturlig eksempel. Her er det store forskjeller mellom de nordiske land, både i behandlingsomfang og -profil (7), og effekten på dødelige hjerneslag av disse forskjellene er usikker (8). Velger en det lille norske omfang og den billige danske profile, er besparelsen i de nordiske land på minst 500 millioner kroner per år. De store forskjellene står derfor sentralt både i klinisk forskning og i helsetjenesteforskning.

Nei til fremskritt som ikke er testet

Ny teknologi har en tendens til å presse seg frem før den er vurdert i kontrollerte kliniske forsøk. Samlet representerer dette store utgifter for samfunnet, og Arnold Relman, New England Journal of Medicine's redaktør gjennom mange år, sier om dette: "We need not become the helpless economic victims of technology unless we lack the will to evaluate it critically ..." (9). Kravet om testning bør praktiseres ufravikelig, selv om fremskrittene er aldri så "promising". Effekten tror jeg vil være dramatisk.

Sette grenser for helsetjenesten

Samfunnet er blitt rikere, men mer komplisert for menneskene. Forventningene er større, og livets mange og tunge prøvelser – det samfunnsvitene kaller "life events" – er ikke blitt mindre. Folk blir syke, mister sine nærmeste, blir arbeidsløse, klarer ikke sine forpliktelser, griper til alkohol osv. Ofte treffer disse livshendelser folk helt uforberedt. Samtidig er gamle støtteordninger i familie, nærmiljø og religion svekket. Derfor står helsetjenesten igjen som det eneste effektive sikkerhetsnett – også økonomisk, fordi legene vokter døren til trykkesystemet. Følgene av dette er bl a:

- Kraftig økning i legesøkningen for "ikke-medisinske plager"
- Kraftig økning i uklare tilstander, f eks fibromyalgi, vond rygg og whip-lash skader
- Kraftig økning i uførertrygd (10)

Dette har ført til at legene arbeider med mange problemer som egentlig ikke er medisinske, og de arbeider også som saksbehandlere for økonomiske hjelpeordninger. Markedsmodellen øker denne praksis, for ett sted må folk få hjelp og trøst. Det er synd på mange mennesker i dagens samfunn.

Det ville selvfølgelig være en stor rasjonalisering om legene trakk seg tilbake til medisinen. Spesielt ville det bety meget for primærlegene som kunne bruke mer tid på reelle medisinske problemer og på det forebyggende helsearbeid.

Dette valget er vanskelig. Trekker vi oss tilbake, vil kritikerne si at vi er hjertløse medisinske ingeniører. Trekker vi oss ikke tilbake, sier kritikerne at vi er medisinske imperialister. Jeg tror ikke vi kan trekke oss radikalt tilbake, men vi bør overveie en mindre tilbaketrekning, og vi bør være mer nøkterne når vi argumenterer for ekspansjon i helsetjenesten. Alt i alt tror jeg det er *noe* å vinne her, men ikke så mye.

Privatisering – er det en mulighet?

Noen vil plassere dette virkemidlet under strategi B, men jeg tar det med her, fordi det kan bidra til å utsette mer drastiske prioriteringsalternativ. Under denne overskriften vil jeg nevne fire alternativ.

a) *Større egenbetaling for mange helsetjenester.* Egenbetalingen har økt i alle de nordiske land, både i primærhelsetjenesten, sykehusene og i eldreomsorgen. Argumentene for og imot større egenbetaling er velkjente:

For: Gir større rom for vekst og utvikling i helsetjenesten

Reduserer offentlige utgifter

Motvirker misbruk av helsetjenester

Mot: Øker forskjellene i samfunnet

Kan hindre nødvendig bruk av helsetjenester

Kan øke senere helseutgifter fordi sykdommen er blitt verre

Øker byråkratiet (skjerming av svake grupper og behovsprøving)

Drar vi oss inte tillbaka säger kritikerna att vi är medicinska imperialister

De flesta menar att befolkningen tål viss egenbetaling men att den måste doseras med stor omtanke

De fleste veier dette slik at befolkningen tåler noe egenbetaling, men den må doseres med stor omtanke, en må skjerme storbrukerne, og en må ha regler for fritak, dvs behovsprøving. Den store fristelsen er å ta egenbetaling for hotellutgiftene på sykehus: 1000 kr per døgn ville gi offentlige inntekter på ca 700 millioner kroner i Norge med en gjennomsnittsutgift på under 100 kr per pasient.

b) *Full egenbetaling for noen helsetjenester.* Mange føler at det fins et visst luksuskonsum av helsetjenester som folk kunne betale selv. Det nevnes gjerne to eksempler: kosmetisk kirurgi og kunstig befruktning. Jeg synes dette er vanskelig, for "kosmestiske lidelser" kan føles meget plagsomme for noen, og jeg har møtt barnløse kvinner som er så fortvilet at det representerer et alvorlig helseproblem for dem. Også her måtte en derfor beskytte noen som er reelle pasienter og dermed innføre behovsprøving. Det er klart at her nærmer en seg strategi B. Likevel tror jeg at det er områder – f eks kirurgi for nærsynthet, en del fysioterapi og rehabilitering og mange medikamenter – hvor pasientene kunne betale selv. Dette krever både samfunnsdebatt og forskning.

Ett område tror jeg blir aktuelt, og det gjelder de primærleger og spesialister som praktiserer "utenfor trykkesystemet". Hvis vi får faste primærleger etter listesystem pluss henvisningstvang for spesialistkonsultasjoner, vil en del leger måtte ta hele honoraret av pasientene. Den potensielle innsparing er stor, i Norge ca 400 millioner kroner per år.

Endelig vil jeg nevne ett kontroversielt område, nemlig selvpåført sykdom og skade. En kunne f eks tenke seg at pasientene måtte betale fullt ut for idretts-skader. For min egen del tviler jeg på dette prinsippet.

c) *Privatisering innenfor offentlige institusjoner.* Regler og tariffer setter strenge grenser for utnyttelse av personellet fritid. Mange har derfor foreslått å organisere f eks privat kirurgi ved sykehusene på kvelder og i helger, delvis mot privat betaling. Dette kan

reducere køer og antakelig redusere utgiftene for det offentlige. Jeg for min del tror på denne tanken.

d) *Private institusjoner* fins i alle nordiske land (11), og tilslutning til EF vil antakelig øke dette noe. Jeg tviler likevel på at de vil få noen stor rolle, og jeg viser til at de konservative i England heller ikke har satset mye på dette alternativet.

Oppsummering

Dermed har jeg gått igjennom strategi A, og min vurdering er at det er mye å hente i denne strategien. Den offentlige helsetjeneste og forskningen bør derfor utnytte denne strategien fullt ut.

Mange vil etterlyse en mer helhjertet satsning på konkurranse som middel til effektivisering og fornyelse. Spesielt i Sverige spiller dette en stor rolle i debatten, og fire fylker satser på slike løsninger (12). Jeg har ikke tatt det med i min diskusjon, dels fordi jeg mangler egen erfaring her, og dels fordi jeg er engstelig for at det vil gjøre livet enda vanskeligere for de svake grupperne i samfunnet.

Spørsmålet er om strategi A er tilstrekkelig. Om det er meningene delte.

Strategi B: Rasjonering

Rasjonering av helsetjenester vil si at en på politisk grunnlag sier nei til å utføre visse helsetjenester – iallfall mot betaling fra trygden – til tross for at de har positiv effekt. En kan si nei på to måter:

- En kan avvise et tilbud i sin helhet, f eks behandling av nyfødte som veier under X gram.
- En kan avvise spesielle pasientgrupper, f eks eldre over X år.

Jeg skal nå forsøke å drøfte forutsetninger, problemer og muligheter for denne strategien, og jeg starter med noen forutsetninger.

Nei til klart urettferdige ordninger

Helsetjenesten har alltid hatt og har fremdeles uoffisielle og urettferdige prioriteringsmekanismer, særlig disse fire:

Hälso- och sjukvården har alltid haft icke officiella och orättfärdiga prioriteringsmekanismer

- Dårlege tilbud i geografiske utkantstrøk
- Dårlege tilbud til svake sosioøkonomiske grupper
- Lange køer, som ikke alle orker å stå i og som tillater noen å snike i køen
- Byråkratiske regler, det amerikanerne kaller "rationing through inconvenience" (13)

Jeg tror aldri vi får helt slut på slike ordninger, men vi bør bekjempe dem så godt vi kan.

Nei til diskriminering eller favorisering av pasientgrupper

Det har ofte vært foreslått at visse pasientgrupper, spesielt gamle, skal prioriteres lavere enn andre. Dette prinsippet har vært mye brukt, spesielt i England og USA, men jeg føler at det støter den alminnelige rettshetsfølelse (14). En helt annen sak er at det kan være medisinske grunner til å avstå fra behandling som gamle mennesker erfaringsmessig ikke tåler.

Det omvendte har også vært drøftet, nemlig en positiv diskriminering av visse grupper, f.eks. mødre og fedre med små barn eller spesielle samfunnsstøtter (15). Dette prinsippet brukes ikke så sjelden i uoffisielle legetprioriteringer, og det har også vært brukt i sykehushjør i Norge for å spare sykepengene.

Som et offisielt og eksplisitt prinsipp tror jeg diskriminering av begge sorter er ubrukelig, fordi det vil oppleves som urettferdig.

Første betingelse: rasjonalitet

Skal vi prioritere, må vi finne måter å gjøre det på som er konsistente, moralsk forsvarlige og faglig akseptable. Vi må altså utvikle et system for prioritering, og vi må klare å forsvare prioriteringsavgjørelser mot alle angrep. Det forutsetter at politikken og menneskene er rasjonelle. Min erfaring er at helsepolitikken og menneskene ikke er rasjonelle. Helsepolitikken er et spill med begrenset rasjonalitet, fordi spillerne kjemper for egne interesser, ikke for fellesskapets. Derfor opplever vi gang på gang at en negativ avgjørelse – ett avslag – reiser en storm av protester som fører til at avgjørelsen blir omgjort. Jeg har måttet lære meg at en negativ av-

.....

Hälso- och sjukvårdspolitiken är ett spel med begränsad rationalitet

.....

gjørelse bare kan forsvares av en samlet front av politikere, administratorer og fagfolk. Den minste sprekk får fronten til å rakne, og det er alltid mulig å finne støtte for et angrep på fronten, selv om sosialministeren selv står på barrikadene.

I praksis tror jeg derfor at den grunnleggende forutsetning om rasjonalitet ikke holder. La oss likevel se om det er mulig å finne eksplisitte og rettferdige prinsipper for prioritering.

Mål for helsetjenestens produkt: QALY?

Det enkleste prinsippet å bli enige om, er det utilitaristiske: størst mulig nytte for flest mulig mennesker. Det forutsetter at en kan måle kostnader og nytte for de forskjellige helsetjenestet, slik at en kan sammenligne dem. Helseøkonomene har vært optatt av dette prinsippet, og de har gjort en stor og verdifull innsats for å måle nytten av helsetjenester. De har spesielt vært optatt av effektmålet QALY dvs. Quality Adjusted Life Years (se en nylig svensk oversiktsartikkel – 16).

Resonnementet er enkelt: Ubehandlet lever en pasient X år i en viss helsetilstand før han dør av sin sykdom, behandlet lever han X + Y år i en forhåpentlig bedre helsetilstand. Antall vunne leveår (Y) får en fra medisinsk statistikk. Kvaliteten av disse leveårene er forsøkt målt ved intervjuer med grupper av mennesker. De er bedt om å plassere gitte helsetilstander på en skala fra 0 (død) til 1 (full helse). På denne måten får en et skjønnsmessig kvantitativt mål for en gitt helsetilstand – f.eks. blind, lam, smerter osv – og dermed kan en beregne antall QALY.

Det utilitaristiske grunnlaget er kontroversielt, og det kan stilles opp mot kravet om å redde liv – uansett: "The rule of rescue" (17, se også 18). Dessuten er det mange andre problemer bygget inn i resonnetmentet, f.eks. at det fører til diskriminering av gamle (som har få leveår igjen) og av funksjonshemmede (som definisjonsmessig har lav livskvalitet og dermed også lavt menneskeverd i QALY-formelen). I det hele tatt er ikke resonnetmentet tilpasset en helsetjeneste som i økende grad arbeider med gamle, funksjonshemmede og kronisk syke og hvor pleie og omsorg ("care") utgjør en stor og stigende andel.

Min vurdering er at QALY-arbeidet måtte gjøres. QALY er ikke brukbar i sin nåværende form, men arbeidet for å finne gode effektmål må fortsette.

Det kommer att vara mycket vanskligt att få till
stånd ett så logiskt, rationellt och komplett sy-
stem för prioritering för hela befolkningen i de
Nordiska länderna som Oregonlistan

Fins det en praktisk løsning?

Spørsmålet er om det fins en praktisk tillempning av strategi B? Jeg tror det haster med å finne en slik løsning, og jeg har fire tanker om dette.

1. Vi bør arbeide videre med den store systemtenkingen som QALY og Oregon har startet. Det er særlig viktig å arbeide med de siste ca 150 numren på Oregonlistan, dvs de tilstand-behandlings parene som kan bli avvist. Et slikt arbeid er nødvendig for å ha en beredskap og en kvalitet på dette området. Det er særlig viktig å trekke helsepersonellet med i dette arbeidet.

2. Vi bør undersøke om det er mulig å komme frem til en faglig konsensus om vesentlig strammere behandlingsindikasjoner på en del viktige områder, f eks:

- Kreft med metastaser hvor resultatene av aktiv livsforlengende behandling er for dårlige
- Store skader hvor behandlingsresultatene er for dårlige
- Medfødte misdannelser hvor behandlingsresultatene er for dårlige. Kanskje gjelder dette også de minste premature
- Livets slutfas hvor aktiv, livsforlengende behandling er blitt meningsløs

Jeg tror en bør starte med de minst kontroversielle områdene hvor det er mulig å oppnå konsensus. Dette vil få stor praktisk betydning, det vil motivere legene for slikt arbeid, og det vil gi viktige signaler til befolkningen.

3. Spesielt krevende, kostbare og sjeldne behandlinger – den så kalte R-listan i Sverige – bør gjennomtenkes. Pasientene er som regel alvorlig syke. Likevel bør en si nei til behandling som vanligvis har liten eller ingen effekt, selv om det kan finnes sjeldne positive unntak (stjernepasienter). De behandlinger som det er rimelig å satse på bør sentraliseres, og pasientene bør prioriteres i forhold til sjansen for positiv effekt. Er sjansen for liten, bør pasienten ikke behandles. Dette forutsetter et system for "second opinion", en slags

medisinsk høyesterett. I Norge begynner vi å vinne erfaringer med et slikt system som kombinerer faglige og politiske vurderinger, og jeg tror denne veien er farbar.

4. Vi bør tenke igjennom de banale tilstander og behandlinger som har små helsemessige konsekvenser. Behandlingene kan enten avvises helt eller eventuelt gjennomføres mot full betaling fra pasienten.

Slutt

Dette er så langt jeg har kommet, og oppsummeringen er grei:

- Ja til alle ledd i strategi A for å dempe uheldige konsekvenser av strategi B
- Ja til en forsiktig satsning på strategi B etter en plan som starter med de problemer og områder hvor det er lettest å lykkes.

Vender jeg nå tilbake til innledningen om pendelen som svinger mellom velferd og marked, har jeg – som gammel sosialdemokrat – selvfølgelig sterke følelser. For meg er helse en grunnleggende verdi og helsetjenesten en menneskerett. Tanken om rasjonering av helsetjenester er derfor følelsemessig frastøtende. Men det gjør det enda viktigere å engasjere seg, for alternativet er å overlate helsetjenesten til markedet. Jeg innser at markedstenkingen kan gjøre mange bra ting for effektivisering og fornying i helsetjenesten (12), men rasjonering dreier seg om grunnleggende menneskelige og moralske verdier, og det dreier seg om fellesskapet mellom menneskene i samfunnet. Derfor er det vår plikt å engasjere oss, og det er mitt håp at vi kan lykkes.

REFERANSER

1. Willcocks A J: The creation of the National Health Service. A study of pressure groups and a major social policy decision. London, Routledge & Kegan Paul, 1967.
2. Magnusson J: DRG-systemet: anvendelser og konsekvenser. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning, Rapport 6/86.
3. Kahn K L og medarb: The effects of the DRG-based prospective payment system on quality of care for hospitalized Medicare patients. Final report. Santa Monica: Rand Publication Series R-3931-HCFA, 1992.
4. Haugen Ø, Hjort P F, Waaler H T: Legemiddelforbruk i fylkene – store forskjeller, små forklaringer. Oslo: NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport 1–1987.

5. *Hovind O B, Forsén L*: Kirurgiske operasjonsfrekvenser – variasjoner mellom syv fylker. Oslo: SIFFs gruppe for helstetjenesteforskning, Rapport 2–1983.
6. *Andersen T F, Mooney G (edit)*: *The challenges of medical practice variations*. London: MacMillan Press, 1990.
7. *Nordisk läkemedelsstatistik*. Helsinki: Nordiska läkemedelsnämnden, 1989.
8. *Waalder H T*: Beregninger på grunnlag av offentlig helsestatistikk, 1991.
9. *Relman A S*: Is rationing inevitable? *N Engl J Med* 1990;322: 1809–10.
10. *Lindberg I (red)*: Rättvisa i vågskålen. Om 1980-talets välfärds-utveckling och 1990-talets möjligheter. Stockholm: LO, 1991.
11. *Rohde T, Garpenby P, Häkkinen U, Mabeck C E, Vohlonen I*: Privat og offentlig innsats i Nordens helsevesen. Oslo: SIFFs gruppe for helstetjenesteforskning, Rapport 3–1986.
12. *Arvidsson G, Jönsson B*: Valfrihet och konkurrens i sjukvården. Stockholm: SNS Förlag, 1991.
13. *Grumer G W*: Health and rationing through inconvenience: third party's secret weapon. *N Engl J Med* 1989;321: 607–11.
14. *Levinson N G*: Age as a criterion for rationing health care. *N Engl J Med* 1990;322: 1813–6.
15. *Williams A*: Ethics and efficiency in the provision of health care p 111–26 in "Philosophy and medical welfare", edit by Bell J M, Mendus S, Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
16. *Andréasson S, Calltorp J*: QALY – kvalitetsjusterade levnadsår – kontroversiell metod för prioritering inom vården. *Läkartidningen* 1992;89: 1580–4.
17. *Hadorn D C*: Setting health care priorities in Oregon. Cost-effectiveness meets the rule of rescue. *JAMA* 1991;265: 2218–25.
18. *Bell J M, Mendus S (edit)*: *Philosophy and medical welfare*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
19. Sosialdepartementet. Retningslinjer for prioritering innen norsk helstetjeneste (Lønning-utvalget). Oslo: Universitetsforlaget, NOU 1978:23.
20. *Østbye T, Speechley M*: The Oregon formula: a better method of allocating health care resources. *Nord Med* 1992;107: 92–5.
21. Oregon Health Services Commission. Prioritization of health services. A report to the Governor and Legislature. Salem, Oregon, 1991. (Dette er den komplette rapporten med bilag).
22. *Steinbrook R, Lo B*: The Oregon Medicaid demonstration project – will it provide adequate medical care? *N Engl J Med* 1992;326: 340–4.
23. *Schumacher E F*: *A guide for the perplexed*. London: Abacus, 1978.

Mer makt åt patienterna!

Maktstrukturen inom sjukvårdssystemet håller på att vittra sönder. Det har börjat mullra i patientleden. Det ropas på större patientinflytande och fler valmöjligheter. Politikerna är med på noterna – åtminstone till viss del...

Boken analyserar begrepp som patientinflytande, patientmakt och valfrihet. Är det rimligt att en patient kan välja vårdgivare, försäkringsgivare, behandlingsform etc – och välja rätt?

Patientmakt över vården

Richard B Saltman

Pris 194:-

Kan köpas i bokhandeln eller beställas direkt från SNS Förlag.



BOX 5629 • 114 86 STOCKHOLM • TEL 08-23 25 20 • FAX 08-20 62 06

