

Kandidatuppsats  
Nationalekonomiska Institutionen  
Ekonomihögskolan  
Lunds Universitet  
Hösten 2004

# **Losec eller makaroner?**

En studie av patientavgiftens betydelse för läkemedelskonsumtionen

Författare: Åsa Annerdal  
Handledare: Carl Hampus Lyttkens

## **Abstract**

Uppsatsen behandlar hur konsumtionen av läkemedel påverkas av patientavgifter för läkemedel. Närmare undersöks om det finns olika effekter i olika samhällsgrupper och hur dessa kan förklaras. Empiriska studier från Sverige, USA och Storbritannien används för att besvara frågeställningarna. Den teoretiska bakgrunden presenterar individens nytta av hälsa och hur hälsa produceras. Vidare är individen begränsad av tid och pengar i sin konsumtion och påverkas av moral hazard och asymmetrisk information. Slutsatsen blir att patientavgiften påverkar konsumtion och priselasticiteten varierar från  $-0,09$  till  $-0,37$ . Olika grupper i samhället påverkas i olika utsträckning och personer med svag hälsa, låg utbildningsnivå och dålig ekonomi reagerar i större utsträckning mot förändringar i patientavgiften. Det finns en risk att man genom ökade patientavgifter inte uppnår en effektiv konsumtion utan istället får en försämrad hälsa vilket leder till ökade kostnader för samhället.

**Nyckelord:** Läkemedel, Patientavgift, Konsumtion, Individens beteende, Subvention

<b>1</b>	<b>INLEDNING.....</b>	<b>4</b>
1.1	Syfte .....	4
1.2	Avgränsningar .....	5
1.3	Metod och material.....	6
1.4	Disposition .....	7
<b>2</b>	<b>BAKGRUND.....</b>	<b>8</b>
2.1	Läkemedelsförmånen i Sverige.....	8
2.2	Finansiering av läkemedel i Sverige .....	11
2.3	Läkemedelskostnadernas utveckling.....	12
2.3.1	Orsaker till kostnadsutvecklingen .....	13
2.3.2	Åtgärder för att minska utgifter för läkemedel.....	14
<b>3</b>	<b>INDIVIDENS HÄLSOBETEENDE .....</b>	<b>16</b>
3.1	Individens nyttofunktion .....	16
3.2	Produktionen av hälsa .....	17
3.3	Pengar och tid begränsar konsumtionen.....	19
3.4	Osäkerhet skapar behov av försäkring .....	21
3.5	Moral hazard .....	22
3.6	Asymmetrisk information .....	25
<b>4</b>	<b>EFFEKTER PÅ LÄKEMEDELSKONSUMTION.....</b>	<b>29</b>
4.1	Sverige.....	29
4.1.1	Socio- ekonomiska faktorer och priskänslighet för läkemedel .....	29
4.1.2	Orsaker och konsekvenser av att avstå från läkemedel.....	31
4.2	USA och Storbritannien .....	33
4.2.1	Health Maintenance Organisation, HMO och effekter för individer i arbete .....	34
4.2.2	Medicare och effekter bland äldre individer .....	35
4.2.3	RAND- studien.....	37
4.2.4	National Health Service, NHS .....	38
<b>5</b>	<b>SAMMANFATTANDE DISKUSSION.....</b>	<b>41</b>
<b>6</b>	<b>REFERENSER .....</b>	<b>49</b>
6.1	Utredningar och propositioner .....	51
6.2	Internetkällor .....	51

# 1 Inledning

Utvecklingen på läkemedelsområdet har de senaste årtiondena gått fort framåt. Forskning och teknologisk utveckling har resulterat i att nya läkemedel tagit plats på marknaden. Läkemedel har fått en ökad betydelse som effektiv behandlingsform relativt annan hälso- och sjukvård samtidigt som vi har en åldrande befolkning som konsumerar mer läkemedel till en ökad kostnad. Ett av de stora debattämnena inom hälso- och sjukvårdspolitiken idag är hur man ska hantera de ökade läkemedelskostnaderna. Åtgärder har redan vidtagits bland annat vid införandet av en ny läkemedelsreform i Sverige den 1 oktober 2002 då det genomfördes flera förändringar för att begränsa kostnadsutvecklingen.

Individen står för en viss del av kostnaderna vid inköp av läkemedel i form av patientavgifter och ett sätt att försöka begränsa utgifterna för läkemedel är att reglera efterfrågan via patientavgiftens storlek. Syftet med patientavgiften är att styra konsumtionen till rätt nivå och inte att förhindra individer från att konsumera nödvändiga läkemedel. Dock påverkas olika individer i olika utsträckning av utformningen av läkemedelsförmånen och det finns ett intresse i att studera ekonomiska aspekter av individens beteende i relation till patientavgifter och högkostnadsskydd.

## 1.1 Syfte

I ljuset av de ökade kostnaderna för läkemedel är det angeläget att fråga sig vad som påverkar individens konsumtion av läkemedel. Ämnet är av intresse då förändrad konsumtion kan leda till oönskade effekter på hälsan och ökade sociala skillnader i samhället. Uppsatsens syfte är att närmare studera hur utformningen av läkemedelsförmånen påverkar individen som konsument. Syftet kan preciseras i följande frågeställningar:

Vad har patientavgifter och dess utformning för effekter på konsumtion av läkemedel?

Finns det olika effekter bland olika grupper i samhället och hur kan i sådana fall dessa effekter förklaras?

För att kunna besvara dessa frågor kommer ekonomiska teorier som förklarar individens beteende att redogöras för.

## 1.2 Avgränsningar

Fokus i uppsatsen är på Sverige men för att kunna belysa ämnet har omfattningen vidgats något och information från två andra länder kommer att användas, USA och Storbritannien. Anledningen till att uppsatsen främst är inriktad på Sverige har att göra med den begränsade omfattningen som inte möjliggör en djupare inblick i USA's och Storbritanniens läkemedelsförmåner. En närmare presentation av läkemedelsförmånerna har inte heller ansetts nödvändig för att besvara syftet. Sverige och de övriga länderna har olika utformning av sjukvårds- och socialförsäkringar vilket gör att enbart en studie av läkemedelsförmånen inte ger en fullständig bild av den situation som individen befinner sig i när hon ska konsumera läkemedel. Läsaren bör vara medveten om att det inte är en helhetsbild som här presenteras.

Syftet är inte att studera effekter av patientavgifter på individens hälsotillstånd och hälsotillståndet i samhället. Det finns få undersökningar som specifikt studerar hälsoeffekter. Det är dock en naturlig och relevant infallsvinkel som följer av ämnesvalet och därför kommer hänsyn att tas till hälsoeffekter under uppsatsen gång.

Vidare är inte den främsta avsikten med uppsatsen att titta på specifika sjukdomar och hur konsumtion av läkemedel och grupper av läkemedel förhåller sig till patientavgifter och förändringar i läkemedelsförmånen. Uppsatsen kommer delvis att ta hänsyn till denna aspekt då det är av intresse att se om det finns stora skillnader i konsumtion av olika läkemedelsgrupper.

I uppsatsen kommer de läkemedel som konsumeras inom öppenvården i form av receptbelagda och receptfria läkemedel att studeras. Av främst intresse är de av

läkemedelsförmånen subventionerade läkemedel som bekostas dels av patienterna och dels av landstinget. Av mindre intresse är receptfria läkemedel som helt betalas av patienterna. De läkemedel som ges ut inom slutenvården och bekostas av landstinget kommer inte alls att beaktas.

Uppsatsen bygger inte på empiriskt material från eget insamlat statistisk material som har behandlats. Detta vore självklart intressant men omfattningen av uppgiften tillåter inte någon sådan undersökning.

### **1.3 Metod och material**

För att besvara de frågeställningar som ställts upp kommer en kvalitativ litteraturstudie att göras. Det innebär att ett antal, för ämnet relevanta, artiklar valts ut och dessa används sedan för att besvara frågeställningen. Det innebär att uppsatsen inte strävar efter att undersöka allt tillgängligt material om avgifters effekter på läkemedelskonsumtion. Uppsatsens mål är istället att närmare undersöka ett mindre material. Syftet är att få en bättre förståelse för vissa faktorer och då är det svårt att använda sig av en kvantitativ metod som innebär att informationen som används i större utsträckning är statistiskt representativ. Problemet med att göra en kvalitativ studie är den förförståelse som författaren har där tidigare erfarenheter och utbildning formar hur man väljer ut och bearbetar information. För att undkomma den problematiken presenteras de val och den litteratur som används utförligt för att på så sätt uppfylla kravet på intersubjektivitet. (Holme och Solvang, 1997, s 94)

Materialet är av olika karaktär och består av bland annat av statliga utredningar samt äldre och nyare artiklar. Statliga utredningar från främst Socialstyrelsen har använts för att det har varit den information som varit aktuell och tillgänglig för Sverige. I uppsatsen har artiklar från olika tidpunkter använts. Aktuella artiklar har varit svåra att finna och de flesta empiriska studier som använts är ett tiotal år gamla och baseras på data som är ännu äldre. Detta kan vara problematiskt främst då det kan ha skett förändringar inom läkemedelsförmånerna i de olika länderna vilket kan ha påverkat hur individen agerar. En ständigt föränderlig samhällsstruktur påverkar individens situation och val av konsumtion och till följd av att materialet är från olika

tidpunkter strävar inte uppsatsen att visa på aktuella slutsatser utan mer på generella indikationer.

Urvalet av studier som har använts till den empiriska delen av uppsatsen har valts efter relevans. Utgångspunkten för uppsatsen är att studera konsumtionsmönster i Sverige i relation till läkemedelsförmånen men då materialet är begränsat har urvalet utökats och såväl material från USA och Storbritannien kommer att användas. Dessa länder är lika Sverige med avseende på samhällsstruktur och i viss mån inkomstnivå. Trots olika utformningar av försäkringssystem för vård och omsorg subventionerar samtliga länder läkemedel till sina invånare. Storbritannien och Sverige har likheter i form av ett statligt försäkringssystem för vård- och omsorg medan USA har en större privat marknad för sjukförsäkringar utöver offentliga system för utsatta grupper. Till följd av materialets sammansättning finns en medvetenhet om att slutsatser och resultat inte är direkt jämförbara med Sverige men det finns ett intresse i att belysa resultat från andra länder och se till likheter och skillnader.

## **1.4 Disposition**

För att ge en allmän översikt av problemområdet kommer i kapitel 2 en bakgrund att presenteras. Här beskrivs utvecklingen av läkemedelsförmånen fram till idag. Vidare görs en beskrivning över hur kostnaderna för läkemedel har förändrats över tid och orsaker till förändringen. Ett teoretiskt avsnitt finns i kapitel 3, det behandlar individens hälsorelaterade beteende ur en ekonomisk synvinkel. Här presenteras individens nyttofunktion, Grossman modellen och problemen med moral hazard och asymmetrisk information. I kapitel 4 redovisas resultat från utvalda studier som gjorts inom området och i kapitel 5 förs en sammanfattande diskussion kring dessa med anknytning till bakgrund och teoriavsnitt.

## 2 Bakgrund

Nedan kommer en presentation av hur läkemedelsförmånen har sett ut över tid. Vidare beskrivs hur finansieringen av läkemedel är uppdelad mellan olika delmarknader och slutligen diskuteras utvecklingen av kostnader för läkemedel, vad som är orsakerna till utvecklingen och vilka åtgärder som är möjliga att genomföra för att begränsa kostnaderna.

### 2.1 Läkemedelsförmånen i Sverige

1955 infördes för första gången en allmän och offentlig sjukförsäkring i Sverige. Den innehöll en läkemedelsförmån som subventionerade läkemedel för individen.<sup>1</sup> Förmånen innehöll ett antal kostnadsfria läkemedel och för övriga betalade individen ett fast belopp per läkemedel. Till skillnad från idag fanns inget tak för utgifterna. (SoS 2000:8, s 20f)

Den första formen av högkostnadskort kom 1981 och var ett 15-kort som gällde för totalt 15 läkarbesök och/eller köp av läkemedel. Nästa form av högkostnadskort infördes 1991 och även det var ett kombinerat system där patientens utgifter för både läkarbesök och läkemedel räknades samman och när dessa uppnådde en viss summa fick patienten ett frikort som gällde resterande del av påbörjad 12 månaders period. Så såg utformningen av förmånen ut fram till 1997 då man införde separata system för besök i öppenvården och för läkemedel på recept. Den nya formen av högkostnadsskydd som blev gällande för läkemedel innebar att individen maximalt fick utgifter för 1300 kronor under 12 månader. Summan delades upp under perioden i andelar av kostnaden per recept. Från 1999 höjdes nivån och andelen man betalar fullt pris för är 900 kronor och gränsen för att få frikort är 1800 kronor (se bild nedan). Allmänt kan sägas att patientavgifterna, det vill säga den del individen betalar själv för sina

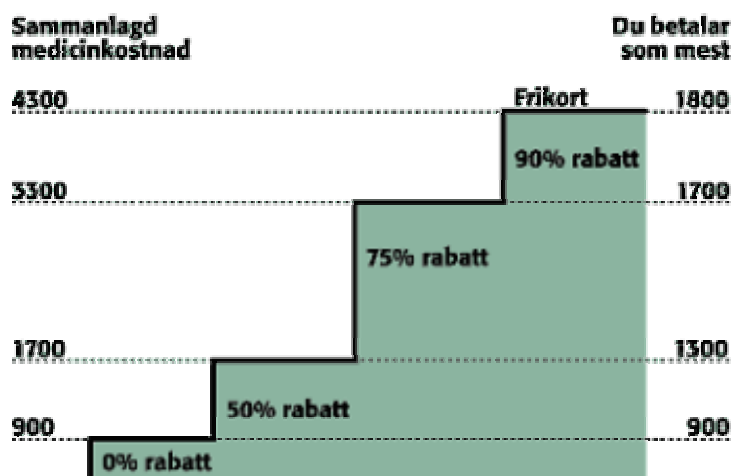
---

<sup>1</sup> Före 1955 fanns också möjlighet till ekonomisk ersättning om man var sjuk och behövde läkemedel och den ersättningen kom då oftast från sjukkassorna som betalade halva beloppet. (SoS 2000:8, s 20)



läkemedel, fram till 90-talet har följt den allmänna prisutvecklingen. Den senaste tioårsperioden har inneburit ökade patientavgifter för individen i förhållande till andra priser. (SoS 2000:8, s 21f, se även Anell 1998) I Sverige betalar alla individer patientavgift för läkemedel förutom barn där samtliga barn under 18 år i en familj räknas ihop i ett gemensamt högkostnadsskydd. ([www.apoteket.se](http://www.apoteket.se) 2004-10-10)

**Figur 1**



([www.apoteket.se](http://www.apoteket.se) 2004-10-10)

Sedan 1997 finns det möjlighet att begära delbetalning av läkemedelsutgifterna och då betalar man en avgift på 170 kronor i månaden under ett år istället för att behöva lägga ut 1800 kronor under en kortare tid. Apotekets delbetalningssystem har gett stora förluster för apoteket till följd av att många inte betalat sina räkningar vilket har medfört restriktioner för dem som inte sköter sina delbetalningar. ([www.apoteket.se](http://www.apoteket.se) 2004-10-10)

Den 1 oktober 2002 började den senaste versionen av läkemedelsförmånen att gälla. Gränsen för högkostnadsskyddet på 1800 kronor behölls trots att en höjning diskuterats. Ett förslag om en avgift på 40 kronor även efter frikortsgränsen men med maximala utgifter på 1000 kronor under ett år avslogs då det ansågs slå för hårt mot kroniskt sjuka och andra utsatta grupper. (Prop. 2001/02:63)

Tidigare har receptbelagda läkemedel automatiskt omfattats av läkemedelsförmånen och därmed varit offentligt subventionerade. Från och med den 1 oktober 2002 upphörde det systemet att gälla. En ny myndighet, Läkemedelsförmånsnämnden infördes vars uppgift är att besluta om vilka läkemedel som ska omfattas av subventionering. I beslutsprocessen ska hänsyn tas till alla människors rätt till vård på lika villkor. Samtidigt är behov och kostnadseffektivitet viktiga principer som besluten grundas på. (Prop. 2001/02:63 avsnitt 5.2.1 s 25f) Bland de läkemedel som togs bort från läkemedelsförmånen var några så kallade livsstilsläkemedel som impotensmedel, läkemedel mot fetma och mot rökavvänjning. Enligt utredningen om *Den nya läkemedelsförmånen* ska dock livsstilsläkemedel liksom andra läkemedel bedömas utifrån samma principer om behov och effektivitet. (SOU 2000:86, s 215f)

I huvudsak är det receptbelagda läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen men även några icke- receptbelagda läkemedel ingår då de används av individer under lång tid. Särbehandling inom läkemedelsförmånen har diabetiker då insulin är det enda preparatet som ingår i förmånen och är kostnadsfritt. Innan 1997 gav sammanlagt 32 sjukdomar rätt till kostnadsfria läkemedel men det avskaffades 1997. Det har dock ifrågasatts med resonemanget att alla patientgrupper med kroniska sjukdomar ska jämföras. Denna särbehandling av en viss patientgrupp var svår att motivera då även andra grupper har behov av livsuppehållande läkemedel. (SOU 2000:86, s 322) Trots detta är insulin det enda kostnadsfria läkemedlet i dagsläget.

På grund av bristande tillgång på data är det svårt att uttala sig om hur många individer i befolkningen som innehar frikort och hur det har förändrats över tid. Det kan dock nämnas att år 2000 hade 10,3 % av den manliga befolkningen frikort mot 13,0 % av kvinnorna. (Apoteket AB, 2000, s 37) Om man endast ser till befolkningen över 18 år ser andelen i % med frikort någon gång under 1999 och 2000 ut enligt nedanstående tabell. Man kan se att det är fler kvinnor än män som har frikort någon gång under år 1999 och 2000 och andelen med frikort är högre ju äldre man blir. Detta är inget oväntat resultat då äldre individer i regel har ett sämre hälsotillstånd än yngre. I de äldre åldersgrupperna är det något fler som har frikort år 2000 än 1999.

**Tabell 1**

Andel i % med frikort för läkemedel någon gång under 2000

År/Ålder	1999	2000
18-19	3,9	4,1
20-29	6,7	4,2
30-54	11	11,7
55-64	23,5	23,1
65-74	31,9	34,9
75-	36,2	38,6
Kön		
Män	19,1	18,8
Kvinnor	14,8	16
Samtliga	17	17,4

(Socialstyrelsen, 2002, s 19, Vilka avstod från läkemedel år 2000? Orsaker och konsekvenser (nedan VAfL 2000))

## 2.2 Finansiering av läkemedel i Sverige

Utgifterna för läkemedel är uppdelade på flera delmarknader. En av delmarknaderna är de läkemedel som ges ut på sjukhusen inom slutenvården, en annan de som säljs utan recept på apoteket (OTC) och den tredje och sista delmarknaden är de läkemedel som säljs med recept på apoteket. De två sista delmarknaderna tillhör öppenvården. Den största delmarknaden är de läkemedel som säljs via recept och de senaste tio åren har andelen av utgifterna för läkemedel på recept omfattat mellan 77 % och maximalt 82 % av hela marknaden. De läkemedel som säljs utan recept på apoteket utgjorde under samma period mellan 7 och 9 % medan sjukhusens andel pendlade mellan 10 och 14 %. (Apoteket AB, 2000, s 51)

I Sverige finansieras vård och omsorg till allra största del av skattemedel. Syftet med att subventionera läkemedel och annan vård och omsorg är att de som har behov av läkemedel ska få tillgång till det oberoende av individuella ekonomiska förutsättningar. I hälso- och sjukvårdslagen anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för alla. (HSL 1982:763 §2) En gemensam finansiering genom skatter är en

förutsättning för att målet ska uppnås. En högre grad av avgiftsfinansiering i form av patientavgifter infördes i början på 1990-talet och tanken är att de ska verka som styrinstrument för vårdutnyttjande. (Socialstyrelsen, 2002, s 184, Vårdens värde, (nedan VV)) ”Patientavgifter skall inte i första hand vara en finansieringskälla utan användas för att styra vårdsökande till rätt vårdnivå. Den som är sjuk skall få den vård och omsorg som behövs oberoende av egen ekonomi.” (Betänkande 1996/97:SoU1) Frågan är om avgifterna har avsedd verkan. Det kan vara så att de som har stora behov och mindre inkomst inte har möjlighet att utnyttja vården till följd av avgifterna. (Socialstyrelsen, 2002, s 185, VV)

Landstingen står för den större delen av kostnaderna för läkemedelsförmånen sedan den 1 januari 1998 då ansvaret överfördes till landstingen som ersätts av staten med ett särskilt statsbidrag. (Prop. 2001/02:63 avsnitt 4.1 s 19) Tidigare fanns få incitament att begränsa utgifterna för läkemedel eftersom det var svårt att överblicka samtliga kostnader för hälso- och sjukvård. Tanken med att flytta ansvaret från statlig nivå var att kunna jämföra och balansera utgifterna för läkemedel med andra utgifter för hälso- och sjukvård som landstingen sedan tidigare ansvarade för. Det var ett sätt att öka kontrollen för läkemedelsutgifterna. (Henriksson et al, 1999, s 142)

Finansieringen av läkemedelkostnaderna är uppdelad mellan landstingen, sjukförsäkringen och patienter. Patienternas andel har de senaste åren varit ca 28 % om man inkluderar receptfria läkemedel. Patientavgifter bekostar utgifterna för läkemedelsförmånen, receptbelagda läkemedel, med ungefär 20 %. (SOU 2000:8, s 32) Jämfört med öppen vård och sluten vård så täcker patientavgifter inom läkemedel betydligt större andel av kostnaderna. (SOU 2000:8, s 32)

## **2.3 Läkemedelskostnadernas utveckling**

Kostnaderna för hälso- och sjukvård har sedan 1990 varierat mellan 8,1 % och maximalt 8,7 % av BNP år 2001. Andelen av dessa kostnader som spenderas på läkemedel har ökat betydligt under perioden. 1990 var andelen 8 % och därefter har det varit ökning på 0,5-1 % varje år. (OECD Health Data 2003) Kostnaderna för läkemedelsförmånen har sedan

mitten på 80-talet och fram tills idag varit i genomsnitt 10 % per år men med stora variationer under åren. Trenden talar för en minskande ökning, mellan 1999 och 2002 var ökningen ca 8 % per år och 2003 endast 2 %. Ett flertal patent har gått ut på storsäljande läkemedel och det är en stor del av förklaringen liksom den ökade generiska förskrivningen. Generiska läkemedel är billigare kopior av originalpreparatet med samma aktiva substans. Dessa säljs efter det att patentet för originalpreparatet har gått ut. Prognosen för läkemedelskostnaderna är på 4-5 % de närmsta åren. (www.socialstyrelsen.se 2004-09-30)

I relation till de ökade kostnaderna inom läkemedel bör man ta hänsyn till andra utgiftsposter inom hälso- och sjukvård. Det är inte enbart negativt med högre kostnader för läkemedel. Samtidigt som kostnaderna ökar inom detta område av hälso- och sjukvård minskar de inom andra områden. Kostnaderna för slutenvården sjunker till följd av att vi spenderar färre dagar på sjukhus i genomsnitt. (Anell et al, 1998, s 7) Högre kostnader för läkemedel behöver inte vara ett problem om de används kostnadseffektivt. Om läkemedel används på rätt sätt kan de minska den totala kostnaden för en behandling. Dock är det möjligt att det både över- och underkonsumeras. (Henriksson et al, 1999, s 131) Felanvändning av läkemedel liksom över- och under konsumtion kan leda till felaktig eller utebliven medicinsk effekt som orsakar ytterligare skada för individen med påföljande kontakt med sjukvården till en ökad kostnad.

### **2.3.1 Orsaker till kostnadsutvecklingen**

Att kostnaderna för läkemedel har ökat så dramatiskt den senaste tioårsperioden har flera orsaker. Det beror dels på förändring av utbud, det vill säga kvantitetsförändringar till följd av nya produkter och ökad konsumtion, dels beror det på prisförändringar och dels av svårigheten att mäta dessa kvantitets- och prisförändringar över tid. (Anell et al, 1998, s 41)

Förändringar i kvantitet och pris avgör hur stora de totala kostnaderna för läkemedel blir och dessa förändringar har flera orsaker. På marknaden har det kommit nya läkemedel för sjukdomar som det tidigare inte funnits behandling för och samtidigt har det skett en övergång till nya och dyrare läkemedel för redan behandlade sjukdomar. Det har även skett en övergång till generiska läkemedel. Ytterligare faktorer som spelar in är ändrade storlekar på

förpackningar av gamla preparat och nya försäljningsformer. De först nämnda faktorerna är de som har störst betydelse. Framförallt utvecklingen av nya och dyra preparat har bidragit till de ökade utgifterna för läkemedel. En aspekt som Henriksson et al (1999) pekar på är att de ökade läkemedelskostnaderna trycker ut andra investeringar inom hälso- och sjukvård.

Teknologiska och organisatoriska förändringar är en bidragande orsak till att kostnaderna för läkemedel ökar. Patienterna tillbringar färre dagar inom slutenvården och gör ingreppen under dagtid och det kan bland annat göras tack vare bättre läkemedel. Det är billigare att behandla på detta sätt men det innebär en ökad efterfrågan på mer avancerade läkemedel. Ju mer avancerade läkemedel, desto fler individer med olika åkommor kan behandlas vilket ökar kostnaderna för läkemedel. (Henriksson et al, 1999, s 133) Medicinsk teknologi sprider sig dessutom i ökande takt till allt äldre individer vilka är den grupp i samhället som har störst vårdbehov. (Dozet et al, 2002, s 50f) Den ökande andelen äldre i samhället idag och inför framtiden medför en ökad kostnad för samhället och ett stort vårdbehov som måste tillgodoses.

### **2.3.2 Åtgärder för att minska utgifter för läkemedel**

Det finns möjligheter att påverka utgifterna för läkemedel både med åtgärder på utbuds- och efterfrågesidan. Efterfrågan kan begränsas på olika sätt. Ett sätt är att förändra läkemedelsförmånen genom att minska antal läkemedel som subventioneras, minska nivån på subventionen genom ökad nivå på patientavgifterna och införa avgift även vid köp av läkemedel med frikort. (Rosén et al, 2000) Högkostnadsskyddet innebär i dagsläget att det inte är någon kostnad utöver de 1800 kronor som är gränsen för att få frikort. En fast avgift på varje uthämtat läkemedel utöver denna gräns syftar till att begränsa överkonsumtion men slår mot exempelvis kroniskt sjuka med stora behov av läkemedel.

Prisförändringar påverkar både utbud och efterfrågan på läkemedel och det gör även parallellimport och generisk substitution. (Rosén et al, 2000) En viktig åtgärd som har gjorts för att dämpa kostnadsutvecklingen genomfördes i och med den nya läkemedelsförmånen den 1 oktober 2002. Då blev det Apotekets skyldighet att ge ut det billigaste preparatet som finns tillgängligt förutsatt att preparaten har samma effekt. Syftet med denna reform var att pressa

priserna på marknaden och därmed kostnaderna för läkemedel. Reformen påverkade indirekt den fria förskrivningsrätten som innebär att alla legitimerade läkare har rätt att skriva ut samtliga läkemedel. Oavsett föreskrivet läkemedel byter Apoteket till det billigaste liknande preparat. Om läkaren på medicinska grunder motsätter sig ett byte till generiskt substitut alternativt om kunden betalar mellanskillnaden kan det föreskrivna läkemedlet ges ut. (Prop. 2001/02:63 avsnitt 5.6 s 55) Det har visats efter ett drygt år med den nya reformen att det genomsnittliga priset för läkemedel som inte har patent har pressats med 27 % i genomsnitt vilket dels beror på att företagen pressat priserna samt utbytena av läkemedel. Det leder till att kostnaderna för subvention av läkemedel sänks. Den stora sänkningen kan delvis relateras till att patenten har gått ur för fyra stora läkemedel och motsvarande prispressning kan inte väntas följande år. Endast 4-5 % av individerna har valt att betala mellanskillnaden för att få ett dyrare läkemedel. (Apoteket AB mfl [www.lfn.se](http://www.lfn.se) 2004-05-11)

## 3 Individens hälsobeteende

I nedanstående avsnitt presenteras de teorier som anknyter till ämnet. Individens nyttofunktion används för att klargöra vilken nytta individen har av sin hälsa och därefter visas hur individen producerar hälsa. Konsumtionen av läkemedel och annan sjukvård begränsas av priset och av vilket värde på tid som individen har. Individens beteende påverkas dessutom av att det råder informationsproblem i relationen mellan patient och läkare vilket kan påverka vilken vård som ges. Individen har incitament att ändra beteende då hon är försäkrad och detta diskuteras under rubriken moral hazard.

### 3.1 Individens nyttofunktion

Individen använder sig av läkemedel för att förbättra hälsotillståndet alternativt för att förhindra att sjukdom uppkommer. Läkemedel konsumeras i sjukvård och egenvård för att det ger individen nytta och det kan beskrivas i en nyttofunktion. (Hurley, 2000, s 68)

$$U = U(X, HC, HS(HC, Z)).$$

Individens nytta  $U$  är en funktion av varor och tjänster,  $X$ , sjukvård  $HC$ , hälsostatus,  $HS$  som i sig är beroende av sjukvård,  $HC$  och andra bestämningsfaktorer för hälsa,  $Z$ . Läkemedel kan dels ses som en del av sjukvård,  $HC$  då läkemedel tas i samband med behandling på sjukhus men de kan även inkluderas i  $Z$  då de används som egenvård. Receptfria läkemedel som individer köper på eget initiativ och tar i självbehandlande syfte kan kategoriseras som egenvård. Däremot kan receptbelagda läkemedel ses som ett mellanting av sjukvård och egenvård. Det är en läkare på vårdinrättning som skriver ut recept medan individen själv tar beslut om att hämta ut och medicinera enligt läkarens föreskrifter. Ett annat sätt att tolka vad som är egenvård och vad som är sjukvård är om man ser till vad som är subventionerat för individen. Utifrån den tolkningen bör sjukvård och subventionerade läkemedel definieras som sjukvård och all övrig läkemedelsintag vara egenvård.



Marginalnyttan av sjukvård kan antas vara negativ, konsumtion av sjukvård kan sägas vara ett nödvändigt ont då upplevelsen av att få vård ofta är smärtsam ( $\partial U/\partial HC < 0$ ).

Marginalnyttan av hälsotillståndet är en subjektiv uppfattning av individen som kan förväntas vara positiv eftersom du presterar mer om du är frisk exempelvis ( $\partial U/\partial HS > 0$ ).

Om sjukvård konsumeras för att förbättra hälsan bör den marginella påverkan av sjukvård på hälsotillstånd vara positiv ( $\partial HS/\partial HC > 0$ ). (Hurley, 2000, s 69)

En negativ påverkan kan tänkas finnas om vården inte får de positiva effekter som förväntas till följd av felaktig behandling.

Individen konsumerar egenvård för dess effekter på hälsan och liksom för sjukvård bör då marginalnyttan av egenvård vara negativ. Vad som är egenvård varierar däremot för individer med olika preferenser. Om du uppskattar jogging så är det en vara du konsumerar av andra skäl än för att det påverkar din hälsa positivt, påverkan på hälsotillståndet blir då en bonus. Om du tycker att jogging är riktigt tråkigt och joggar enbart för att du vet att motion är bra för dig faller det inom ramen för vad som är egenvård. Ovanstående resonemang kring nyttofunktionen har visat att sjuk- och egenvård konsumeras för att hälsan påverkar vår nytta positivt. Detta faktum leder oss vidare till produktionen av hälsa och vad som påverkar den.

## 3.2 Produktionen av hälsa

En specifik variant av nyttofunktionen är den Grossman använder som utgångspunkt för den teori om individens efterfråga på hälsa som han introducerade 1972 och som har varit vägledande inom ämnet. Enligt Grossman är efterfrågan på läkemedel och andra insatsvaror i produktionen av hälsa är härledd från efterfrågan på hälsa

$$U = U(\Phi_t H_t, Z_t).$$

Nyttan beror här av den totala konsumtionen av olika varor som påverkar hälsan,  $\Phi_t H_t$  och av andra konsumerade varor,  $Z_t$ . Grossman ser hälsa som en kapitalstock som producerar friska dagar. Initialt föds individen med en viss mängd hälsokapital som deprecieras med tiden med

en ökande hastighet. Hälsokapitalet kan påverkas genom investeringar. När hälsokapitalet understiger en viss gräns så dör man ( $H_t \leq H_{\min}$ ). Livslängden bestäms av den mängd hälsokapital som maximerar individens nytta givet begränsade resurser och produktionsmöjligheter. Nettoinvesteringar i hälsokapital är summan av bruttoinvestering minus depreciering vilket visas i nedanstående samband:

$$H_{t+1} - H_t = I_t - \delta_t H_t.$$

$I_t$  är bruttoinvestering och  $\delta_t$  är deprecieringstakt som är beroende av ålder. Bruttoinvesteringar i hälsa produceras av individen själv och kan uttryckas i produktionsfunktioner för hushållet.

$$I_t = I_t(M_t, TH_t, E).$$

Investering i hälsokapital,  $I$  är en funktion av  $M$ , marknadsvaror i produktionen av hälsa, tid som används för att förbättra hälsan,  $TH$  och humankapital,  $E$ .

$$Z_t = Z_t(X_t, T_t, E).$$

$Z$  är andra varor som produceras med insats av marknadsvaror,  $X$ , tid,  $T$  och  $E$ , humankapital. (Grossman, 2000, s 352)

Grossman har i sin modell använt sig av sjukvård som den främsta marknadsvaran i produktionen av hälsa men det finns förstås ett flertal andra marknadsvaror som inkluderas i hälsoproduktionen. Läkemedel, motion och sund kost är några som positivt påverkar hälsan men det finns även insatsvaror som alkohol, rökning och socker som inte konsumeras för deras påverkan på hälsan utan främst för att de tillfredställer individen på andra plan. Dessa konsumeras trots att de har negativa effekter i produktionen av hälsa. (Bolin et al, 2002, s 95) Investeringar i humankapital i form av utbildning och arbetslivserfarenhet påverkar hälsan positivt då ett ökat humankapital förväntas resultera i en ökad effektivitet i produktionen av hälsa. Enligt Grossman (1972, s 234) skiljer sig hälsokapital från övrigt humankapital. Individens produktivitet på och utanför marknaden påverkas av individens humankapital medan individens hälsokapital påverkar den totala tid som kan användas för att producera inkomst och varor.

Individen efterfrågar hälsa dels för att sjukdom är en onyttig och man eftersträvar att bli frisk, på detta sätt ses hälsa som en konsumtionsvara. Hälsa kan också ses som en investeringsvara då hälsan påverkar den totala tid som man har tillgänglig för att använda till aktiviteter på och utanför marknaden. (Grossman, 1972, s 25) Grossmans viktigaste slutsatser är att ålder har en negativ korrelation med hälsokapital men en positiv korrelation med utgifter för sjukvård. Lön korrelerar positivt med efterfrågan på både hälsa och sjukvård och utbildning korrelerar positivt med hälsokapital men negativt med utgifter för sjukvård. (Bolin et al, 2002, s 93)

Att utbildning är en faktor som påverkar hur effektivt man producerar hälsa innebär att produktion av en viss mängd hälsa kräver mindre insatser för en högutbildad än en lågutbildad. Det innebär en lägre kostnad för investering och även en högre avkastning. Till följd av dessa sammanhang kommer en högre utbildad individ välja ett högre hälsotillstånd än en lägre utbildad. Högutbildade väljer en sundare livsstil, de motionerar mer och röker mindre än lågutbildade och kan tydligare urskilja fördelarna med en bättre hälsa. (Folland et al, 2001, s 130) Kenkel (2000) menar istället att en stor del av skillnaden i kunskaper om hälsoeffekter mellan individer med olika grad av utbildning beror av osynliga skillnader mellan individer och inte enbart på nivån av utbildning. Skillnad i tidspreferenser har betydelse för vilka investeringar i både hälsa och utbildning som individen gör. Svaga tidspreferenser i form av ett långsiktigt tänkande innebär att man i större utsträckning är villig att investera i hälsokapital och utbildning medan starka tidspreferenser leder till ett mindre intresse för investering. De investeringar i utbildning och hälsa man har möjlighet att göra begränsas av det faktum att de har en kostnad i tid och pengar och det är en aspekt som närmare ska undersökas nedan.

### **3.3 Pengar och tid begränsar konsumtionen**

Till följd av att det finns knappa resurser i samhället kan vi inte konsumera allt som vi önskar. Det innebär att vi måste göra val utifrån egna preferenser över vad som ger oss mest nytta utifrån de ekonomiska förutsättningar som finns. I ekonomisk teori kan detta uttryckas som att individen strävar efter att maximera en nyttofunktion och är begränsad av en budgetrestriktion. Förutom de finansiella restriktioner som begränsar konsumtionen av

vård och läkemedel finns det en tidsmässig restriktion då individen har en alternativkostnad för tid. Beroende av vad som konsumeras kan de finansiella och de tidsmässiga aspekterna ha olika stor påverkan.

Som vi såg i ovanstående avsnitt har tid betydelse i produktionen av hälsa. Av den totala tillgängliga tid som individen har att spendera använder hon dels tid till arbete och dels tid till fritid. Hon använder också tid till att förbättra hälsan och viss tid går åt till att vara sjuk. Individuella preferenser resulterar i ett val mellan arbete och fritid som genererar en viss inkomst. Inkomsten används sedan för att investera i marknadsvaror för hälsa eller andra marknadsvaror. (Folland et al, 2001, s 122f)

Om man enbart ser till den monetära kostnaden för vård och läkemedel i form av patientavgifter kan det innebära att en stor del av den faktiska kostnaden glöms bort. Det relativa priset för vård beror förutom på den monetära kostnaden på nivån på ersättningar av försäkring och på tidskostnaden för att konsumera vård. Tidskostnaderna begränsar konsumtionen även när vården är kostnadsfri för individen i monetära termer vilket kan vara fallet i skattefinansierade sjukförsäkringssystem. (Zweifel & Manning, 2000, s 411) Det innebär att individer med frikort för vård och/eller läkemedel trots noll utgifter begränsar sin efterfråga på vård. Patientavgiften för läkemedel är enbart en liten del av hela kostnaden för att hämta ut ett läkemedel på recept. Först och främst finns en patientavgift för att uppsöka läkare, resekostnader i form av bensin och parkering och eventuell utebliven lön för arbete och dessa kostnader återfinns även vid ett senare besök på apotek för att hämta ut läkemedlet. Vidare värderar individen sin tid olika högt och denna aspekt bör tas med i den totala kostnaden. För höginkomsttagare vars alternativkostnad för tid är hög och marginalnyttan av pengar låg innebär det att man hellre betalar en högre avgift och slipper väntetiden. Privata vårdalternativ kan erbjuda den möjligheten. Beroende på om individen har en hög alternativkostnad för tid och om avgiften för att hämta ut ett läkemedel är relativt låg vilket kan vara fallet i ett offentligt försäkringssystem så är den totala kostnaden betydligt högre än den monetära. (Folland et al, 2001, s 170f) Följden blir att man kan ifrågasätta effekterna av att förändra storleken på patientavgiften som ett sätt att begränsa konsumtionen.

I ett offentligt system med subventionerad vård kan tid därmed användas som ett instrument att reglera efterfrågan på vård. I Sverige innebär uppsökande av vård mycket köande. Det är väntetid för att träffa läkare, remiss till nästa instans och ny väntetid för operation eller behandling, telefontid med kö och väntetid på apoteket för att hämta ut läkemedel och denna väntan är en form av restriktion av konsumtionen av olika vårdformer. Offentliga system skiljer sig från marknadslösningar där patientens efterfrågan på vård regleras av priset på vården.

Priset för en vara har betydelse för vad individen väljer att konsumera. Det finns alltid en alternativkostnad för olika varor och vid förändringar i pris kan individen förändra sin konsumtion av olika varor för att maximera nytta. Om priset på en insatsvara som används för att producera hälsa ökar kan det innebära att individen väljer att konsumera mindre av den varan och mer av någon annan insatsvara för sin hälsoproduktion. Känsligheten för prisförändringar kan mätas i priselasticitet. Olika varor har olika priselasticitet och att ta reda på priselasticiteten för läkemedel är av intresse för att se hur konsumtionen av läkemedel påverkas av förändringar i patientavgiften. Det kan även vara av intresse att studera om det finns någon korspriselasticitet för läkemedel mot andra varor i produktionen av hälsa. Frågan är om läkemedel är substitut eller komplement till andra varor som används i hälsoproduktion. För viss läkemedelsbehandling kan det finnas substitut, exempelvis kan magsår behandlas genom att stressa mindre, sova mer och äta rätt. För flertalet andra åkommor kan uppkomsten förhindras och symptomen begränsas av livsstilsinterventioner samtidigt med läkemedelsbehandling. Substitution kan även ske om det finns receptfria läkemedel med liknande effekter som receptbelagda, en ökning av patientavgiften för läkemedel kan då innebära en minskad konsumtion av receptbelagda läkemedel och en ökad konsumtion av receptfria läkemedel.

### **3.4 Osäkerhet skapar behov av försäkring**

Huruvida en individ kommer att bli sjuk är svårt att veta i förväg. Det råder osäkerhet om framtiden och på individnivå är sjukdom en slumpmässig företeelse. Det innebär att efterfrågan på vård och läkemedel ofta uppkommer plötsligt och med en oväntad kostnad för

individen som drabbas. Förutom osäkerhet i mängd efterfrågan så finns även osäkerhet i effekterna av olika behandlingar. Till följd av att behovet av hälso- och sjukvård är slumpmässigt och till en hög kostnad för individen finns oftast ett försäkringssystem för att skydda individen. (Hurley, 2000, s 79f)

Försäkring är ett sätt att ”poola” de ekonomiska riskerna med sjukdom och därmed öka välfärden för de enskilda individerna. Även om sjukdom är en slumpmässig företeelse för den enskilda individen kan man i en större grupp av individer ungefär förutse hur många som kommer att drabbas av sjukdom. Sjukförsäkring minskar de ekonomiska riskerna genom ”pooling”. (Hurley, 2000, s 80) Det finns olika sätt att organisera en försäkringsmarknad. En organisationsform är privata sjukförsäkringar med inslag av statlig subventionering. En vanlig form av sjukförsäkring i USA exempelvis är att individer försäkras via sitt arbete som en del av löneförmån. (Folland et al, 2001, s 230) Ytterligare ett sätt är offentliga skattefinansierade lösningar där drift och/eller organisation kan vara statligt styrda. Det kan även finnas en kombination av olika privata och offentliga lösningar. (Folland et al, 2001, s 530) Beroende på försäkringsform är individens kostnad för vården olika utformad. För en privat sjukförsäkring betalar du ett premium för en viss period och därefter får du vård mot en självrisk. I ett offentligt sjukförsäkringssystem betalar du vård via skatt på arbete och därefter en patientavgift.

### **3.5 Moral hazard**

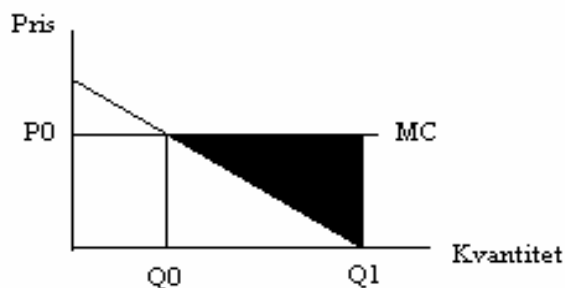
Att läkemedel och annan sjukvård subventioneras genom försäkring medför dock ett antal problem som är av intresse att belysa. Med de olika försäkringsformerna tillkommer marknadsmisslyckanden som i olika utsträckning är vanligt förekommande. ”Adverse selection” och ”creamskimming” (Hurley, 2000, s 81f) är begrepp som inte kommer att diskuteras i denna uppsats då de främst kan ses i samband med privata försäkringslösningar. Av större intresse att studera är problem med moral hazard och asymmetrisk information.

Moral hazard innebär att individen ändrar hälsorelaterat beteende och efterfrågan på vård och läkemedel då hon vet att hon är försäkrad. I Sverige täcks individens kostnader för sjukvård

och läkemedel till stora delar av en nationell obligatorisk försäkring. Till följd av att individen inte själv betalar den fulla kostnaden för läkemedel på recept kan det innebära att individen utnyttjar situationen och ändrar sitt beteende. Dels kan så kallad ex ante moral hazard (Zweifel & Manning, 2000, s 413) förekomma i form av icke preventivt beteende där individen tar mer risker och inte undviker sjukdomar eftersom hon själv inte bär den ekonomiska bördan om hon blir sjuk. (Hurley, 2000, s 83) Det skulle innebära att individen röker, kör bil utan säkerhetsbälte, motionerar dåligt och äter dåligt då hon vet att hennes medicinska kostnader täcks av en försäkring. I teorin kan detta ha en effekt på marginalen men det är troligtvis inte ett utbrett problem i praktiken på marknaden för läkemedel och sjukvård. I själva verket finns det få belägg för att försäkring leder till minskad prevention. Tvärtom visar empiriska studier att försäkrade individer agerar mer preventivt än andra. De investerar mer i hälsa och lever sundare liv. (Kenkel, 2000, s 1691f) Den troligaste förklaringen till att ex ante moral hazard inte är förekommande är att när det gäller hälsan har individen andra incitament att hålla sig frisk. Sjukdom innebär förutom ekonomiska kostnader ett fysiskt och psykiskt lidande och den kostnaden är högre för individen än den ekonomiska kostnaden. (Kenkel, 2000, s1693)

Ex post moral hazard (Zweifel & Manning, 2000, s 413) har däremot större betydelse i praktiken än ex ante moral hazard. Det betyder att den försäkrade individen när hon väl blivit sjuk inte har finansiellt ansvar för den vård och de läkemedel hon behöver. Individen har i detta läge ingen anledning att begränsa efterfrågan på vård och läkemedel. I nedanstående bild illustreras situationen.  $P_0$  är lika med marginalkostnaden på lång sikt och  $Q_0$  den kvantitet som konsumeras utan försäkring. Vid full försäkring konsumeras istället  $Q_1$  och den genererar en välfärdsförlust (den svarta triangeln) till följd av att marginalkostnaden överstiger marginalnyttan. (Hurley, 2000, s 83f)

**Figur 2**



Ett sätt att begränsa individens konsumtion av vård och läkemedel är om individen själv betalar en del av kostnaden i form av patientavgifter. Att individen är försäkrad resulterar i positiva och negativa konsekvenser för individens välfärd. Dels innebär en liten finansiell risk vid sjukdom en ökning i individens välfärd och dels innebär moral hazard att välfärden minskar. Målet med patientavgifter är att finna en optimal avgift som kan balansera dessa effekter. Avgörande är om patientavgifter resulterar i minskad efterfrågan på vård och läkemedel som är väsentliga för individens tillfrisknande och hälsa. Det kan i sådana fall innebära att individen blir sjukare och tvingas söka vård vid senare tillfälle till en ökad hälsomässig kostnad för individen och finansiell kostnad för samhället. Efterfrågan på läkemedel styrs av individens förmåga och vilja att betala och inte utifrån faktiskt behov. För höga eller felaktigt utformade patientavgifter kan resultera i att både onödigt och nödvändigt användning av läkemedel minskar. Då infaller inte de önskade välfärdseffekterna och själva syftet med att fördela kostnaderna via patientavgifter uppfylls inte. (Hurley, 2000, s 85)

Moral hazard effekter kan se olika ut i samband med högkostnadsskydd och i samband med allmän subventionering. Ett högkostnadsskydd innebär att individen utöver en viss gräns inte har några utgifter alls för läkemedel. I Sverige är det en stegvis upptrappning av kostnaderna för individen med olika andelar innan denna gräns uppnås (se Figur 1). En annan möjlig utformning av läkemedelsförmånen är en allmän subventionering där individen betalar en fast avgift, eller en procentuell andel på varje läkemedel på recept som hämtas ut. För dem som vet att de kommer att ha mycket höga kostnader för läkemedel under kommande år innebär förekomsten av ett högkostnadsskydd att incitamenten för att begränsa konsumtionen är små.

Det kan finnas ett intresse i att försöka uppnå frikortsgränsen i ett skede under året då man vet att man har en säker inkomst om man vet att man senare under året kommer att ha likviditetsproblem. Man kanske har haft problem med hälsan och samlat på sig ett antal krämpor fram till dess att man har möjlighet att gå till doktorn. Är man samtidigt medveten om att man kommer ha ett fortsatt behov av läkemedel under året och man kan förvänta sig prisökningar för sina läkemedel kan det vara ett incitament att uppnå högkostnadsskyddsgränsen. Är man långtidssjukskriven har man troligtvis sämre ekonomiska förutsättningar än om man är frisk och arbetar. Trots problem med hälsan kan det innebära att



man inte klarar av de höga kostnader det innebär att betala patientavgifter för både läkemedel och läkarbesök inom en kort tidsperiod. Den ekonomiska belastningen innan man uppnår frikort för dessa separata tjänster kan vara betydande om man har likviditetsproblem. Det kan innebära att du inte kan konsumera all vård du behöver. När du väl har uppnått frikortsgränsen för kanske både läkemedel och vård ser situationen annorlunda ut. I detta läge har individen få incitament att begränsa efterfrågan och här kan moral hazard effekterna vara som störst. Det som begränsar efterfrågan i detta läge kan till exempel vara den tidigare diskuterade tidskostnad som medförs av att uppsöka vård. (Zweifel & Manning, 2000, 411) Äldre individer är dock de som i störst utsträckning har frikort för vård och läkemedel då de generellt sett är sjukare och de har inte så hög tidskostnad som individer i arbete. Samtidigt ska man vara medveten om att uppsökande av vård och intag av läkemedel är ett nödvändigt ont, vilket begränsar onödig konsumtion av vård och effekterna av moral hazard.

En allmän subventionering via en fast avgift påverkar inte individens beteende i samma utsträckning. Individen ser inte den faktiska kostnaden av sin konsumtion men samtidigt innebär varje uthämtning av läkemedel en kostnad oavsett vilket läkemedel du hämtar ut. Om du är villig att hämta ut en hostmedicin för samma kostnad som en hjärtmedicin betyder det att du har stort behov av hostmedicinen och konsumerar effektivt. En fast avgift för alla innebär att konsumenter av dyrare läkemedel subventioneras av konsumenter av billigare läkemedel.

Slutligen kan man konstatera att subventionering påverkar individens beteende och kan leda till problematik med moral hazard med en ökad efterfrågan på vård. Efterfrågan begränsas dock av tidskostnad och inte enbart monetär kostnad vilket hämmar effekterna av moral hazard. Subventionering påverkar dock incitamenten även hos läkaren och i nästa avsnitt ska problematik kring asymmetrisk information att behandlas.

### **3.6 Asymmetrisk information**

Innebörden av begreppet asymmetrisk information är att en part är mer informerad i en viss situation än en annan part och kan utnyttja detta informationsöverläge till sin fördel. (Hurley, 2000, s 73) Inom marknaden för hälso- och sjukvård kan asymmetrisk information dels

diskuteras inom sjukförsäkring och dels i relation till olika vårdproducenter. Främst är asymmetrisk information något som förekommer i relationen mellan patient och någon vårdproducent. Läkaren är den vårdproducent som främst används som exempel. Läkaren är den mer informerade parten i mötet med en patient. Läkaren har möjlighet att ta reda på vad patienten har för åkomma eller sjukdom och vidare kan läkaren föreslå en eventuell behandling och tala om vilka förväntade effekter den har för patienten. Det är information om diagnos och behandling som patienten söker i kontakten med läkaren. (Hurley, 2000, s 73)

Patienten vet bäst själv hur ett förbättrat hälsotillstånd påverkar hennes nytta ( $\partial U/\partial HS$ ) medan läkaren vet mer om orsaken till sjukdom och effektiviteten av olika behandlingar och hur de påverkar hälsotillståndet för patienten ( $\partial HS/\partial HC$ ). Möjligheten för patienten att påverka vilka åtgärder som görs begränsas av patientens informativa underläge relativt läkaren. Patienter har i det läge hon är i behov av vård ofta inte tid och möjlighet att leta information om sin sjukdom. Dessutom kan det vara svårt att ta in information som kan användas för att delta i beslutsfattandet om vilken vård som ska konsumeras i en situation med smärta, oro och feber. Denna problematik är mer påtaglig vid akutvård än i primärvården där patientens möjlighet att bearbeta information är större. (Hurley, 2000, s 74)

Patientens kunskap om orsak, diagnos och behandling vid sjukdom är i de flesta fall begränsad. Skillnader i kunskap om exempelvis läkemedel är olika för olika individer. En patient som har varit sjuk under lång tid kan vara mer upplyst om olika läkemedel, provat flera sorter och vet själv vilka biverkningar som kan följa. De kan ha läst mycket om sin sjukdom och skaffat sig information under flera års besök hos läkare och specialister. Däremot har en patient som inte är i kontakt med sjukvården mer än tillfälligt och i en plötsligt uppkommen sjukdom mindre information om lämplig medicinering och behandling. Denne patient har ett större informationsunderläge i förhållande till läkaren. (Hurley, 2000, s 74)

Kunskap och information om diagnos och behandling kan vara olika bland olika grupper i samhället och detta har betydelse i mötet mellan läkaren och patienten. En höginkomsttagare har sannolikt en liknande utbildningsnivå och tillhör samma sociala grupp som läkaren. Patienter med högre utbildning kan ha lättare att ta till sig information av läkaren då de talar

”samma språk”. Mer utbildade kan vara mer pålästa och därmed vara mer involverade i besluten om åtgärder för att förbättra hälsan. De kan ha ett mer kritiskt förhållningssätt till vad läkaren säger och har mer kunskap om vilka rättigheter till vård man har och därför kräva mer i mötet med läkaren.

Asymmetrisk information leder till att patienten konsumerar vård som hon inte skulle ha konsumerat om hon hade mer information. I en situation med asymmetrisk information finns det en risk att läkaren påverkar kvalitet, kvantitet och pris om det gynnar henne och det är svårt för patienten att upptäcka detta. Agentteori behandlar relationen mellan en principal och en agent. Patienten är i detta fall principalen och delegerar läkaren, agenten auktoritet över beslutsfattandet kring vilken behandling som han/hon anser är lämplig. Denna delegering av beslut sker på grund av att kostnaden för patienten att införskaffa samma information som läkaren har är för stor. Agentens uppgift är att agera som principalen själv skulle ha gjort med samma information. Läkaren har som uppgift att agera utifrån patientens preferenser och inte sina egna. Det är inte givet att patienten skulle agera likadant om han/hon hade samma kunskap som läkaren då parterna kan ha olika preferenser givet samma information. (Folland et al, 2001, s 195)

Ett problem i relationen mellan agent och principal är att patienten har svårt att kontrollera om agenten agerar för hennes/hans bästa. Ett sätt att kontrollera agenten är att etablera en långsiktig relation med läkaren som bygger på uppriktighet. Patienten återkommer till läkaren förutsatt att läkaren visar sig trovärdig. En långvarig relation mellan familjeläkare och patient är ett exempel på hur patienten kan kontrollera läkaren då patienten för varje kontakt med läkaren får ökad information om denne och genom den ökade informationen begränsas möjligheterna för agenten att handla mot patientens bästa. Relationen mellan läkare och patient upprätthålls av kostnadsskäl. Skulle patienten byta läkare innebär det en hög kostnad för att överföra information om patientens tidigare sjukdomshistoria och vilka preferenser patienten har, något den tidigare läkaren har skaffat sig information om. (Folland et al 2001, s 196)

Läkarens möjligheter att påverka vilken typ av behandling patienten får är beroende av i vilken typ av sjukvårdssystem hon arbetar. I ett offentligt system har läkaren inte möjlighet att sätta pris på den service som ges. En läkare som arbetar inom den offentliga vården i Sverige styrs av landstingsbudgeten och dess prioriteringsriktlinjer i sitt beslut av vilken vård som ges till patienterna. Som nämnts i uppsatsens bakgrund har läkemedelskostnaderna förflyttats från staten till landstingsnivå men i praktiken är det fortfarande staten som bekostar utgifterna då landstinget ersätts med ett statsbidrag. Då läkaren känner till att patienten har statligt subventionerade kostnader för läkemedel kan det leda till att läkaren förespråkar läkemedelsbehandling till förmån för operativa ingrepp som belastar landstingets utgifter. Patientens incitament styrs å andra sidan av vilken typ av behandling som är billigast. Vid en ökad patientavgift för läkemedel ser hon hellre en annan typ av åtgärd. Det är troligt att läkarens intresse får styra i en sådan situation genom att övertyga patienten om att det är bättre för patientens hälsa att använda läkemedel.

Läkarens informativa övertag i relationen med patienten innebär i slutändan att hon har störst möjlighet att avgöra vilken vård som patienten är i behov av och undvika onödig användning av exempelvis läkemedel. (Hurley, 2000, s 85) Inom hälsoekonomi finns en stor mängd litteratur som handlar om hur och om läkaren påverkar individens efterfråga på vård och agerar i eget intresse snarare än för patientens bästa. Vidare inblick i litteraturen kring SID- Supplier Induced Demand är inte av intresse för att besvara uppsatsens syfte men väl värt att notera att det finns ett stort forskningsområde som behandlar detta ämne.

## 4 Effekter på läkemedelskonsumtion

I detta kapitel kommer en genomgång av relevanta studier inom området att göras. Resultaten av effekter på läkemedelskonsumtion kommer först att presenteras och därefter diskuteras i samband med en sammanfattning av vad studierna visat i kapitel 5. Förhoppningen är att ge en överblick över hur individen påverkas i sin läkemedelskonsumtion av avgifter för läkemedel. Detta kommer att göras genom studier från Sverige, USA och Storbritannien.

### 4.1 Sverige

För att belysa situationen i Sverige kommer inledningsvis en studie av Lundberg et al (1998) att redovisas. I denna studie undersöks avgifter för läkemedel i relation till socio- ekonomiska faktorer och specifika läkemedelsgrupper. Den andra studien som presenteras är gjord av Socialstyrelsen (2002) och har som syfte att följa upp hur läkemedelsförmånens konstruktion påverkar individen.

#### 4.1.1 Socio- ekonomiska faktorer och priskänslighet för läkemedel

Lundberg et al har i en studie från 1998 undersökt hur individer svarar mot ökningarna i patientavgifter med olika procentandelar. Studien har särskilt olika läkemedelsgrupper och undersökt priskänsligheten inom olika socio- ekonomiska grupper. Urvalet består av 2008 individer från Uppsala i Sverige som var de återstående i ett slumpmässigt urval på 8000 individer mellan 20 och 84 år som fick en enkätundersökning via post år 1995. I undersökningen efterfrågades ålder, kön, inkomst, utbildning, civilstånd och sysselsättning. Vidare fick individerna uppskatta sin hälsostatus i en skala från mycket dålig till mycket god. För att ta reda på priskänsligheten frågade man individerna om de skulle köpa mindre receptbelagda läkemedel det kommande halvåret mot föregående halvår om patientavgiften ökade med en viss summa. I fem undergrupper angavs fem olika procentuella ökningarna; 9, 25,

56, 88 och 150 %. I enkäten fick de svarande ange om de använt någon eller några av 17 angivna läkemedelsgrupper de senaste två veckorna. (Lundberg et al, 1998, s 125f)

Det visar sig att 8,4 % av individerna skulle köpa färre läkemedel om patientavgiften ökade 9 %. Vid 25 % ökning kommer 10,8 % att minska konsumtion, 56 % ger 12,9 % minskning och 88 % ger 17,1 % lägre konsumtion. Slutligen skulle en ökning i patientavgiften med 150 % innebära att 28 % av individerna skulle köpa färre läkemedel. Det visar att sannolikheten att en ökning av patientavgiften ger en minskning i konsumtion är ökande med avgiftens storlek. (Lundberg et al, 1998, s 129) Utifrån den logistiska regressionen som utfördes vid de olika procentuella förändringarna har en genomsnittlig förändring vid 100 % ökning av patientavgiften uppskattats. Den visar att det inte finns någon signifikant skillnad i priskänslighet mellan män och kvinnor och att priskänsligheten minskar med ålder. En hög inkomst indikerar mindre priskänslighet än låg inkomst (9 % skulle minska konsumtionen mot 25 %) och individer med högskoleutbildning är mindre beroende av priset för läkemedel än individer med lägre utbildning (15 % mot 23 %). Mycket god eller god hälsa indikerade mindre känslighet för prisförändringar än dålig hälsa (20 % mot 33 %). Variabeln sysselsättning var inte signifikant men Lundberg et al drar ändå den tveksamma slutsatsen att arbetslösa var mer känsliga för prisökningar (27 % mot 19 %). (Lundberg et al, 1998, s 131f)

Konsumtionen av olika läkemedelsgrupper varierade i respons till olika ökning av patientavgiften. Individens betalningsvilja skiljer sig åt beroende på vilken typ av läkemedel och för vilka åkommor individen konsumerar. Individen var mest priskänslig för läkemedel mot hosta och läkemedel mot förstoppning medan blodtryckssänkande läkemedel och hormonella läkemedel indikerade en lägre priskänslighet. Övriga läkemedelsgrupper var inte signifikanta. (Lundberg et al, 1998, s 131f)

Vad Lundberg et al menar är ett problem med studien är att resultaten är baserade på hypoteser och inte på observerbar fakta. Individerna har fått ange hur de skulle reagera i tänkta situationer och det är inte säkert att deras betalningsvilja skulle vara samma i en faktisk situation med ökad patientavgift. Lundbergs et als slutsats av studien är att priskänsligheten varierar i olika socio- ekonomiska grupper och mellan olika läkemedelsgrupper. Utan att föra

en vidare diskussion konstaterar de att detta inte är önskvärt om man vill se till rättviseaspekten. Till följd av studiens utformning som inte kan mäta hur stora förändringar i läkemedelskonsumtion som är att vänta av de ökade patientavgifterna är inte priselasticiteten uträknad. En problematik med studien är att hälsostatusen är självuppskattad vilket i och för sig är en vanlig form att estimeras hälsostatus i studier men det kan leda till under- och överskattningar i estimeringarna då individer kan ha olika uppfattning om vad till exempel en god hälsa är.

#### **4.1.2 Orsaker och konsekvenser av att avstå från läkemedel**

Socialstyrelsen presenterar under rubriken ” Vilka avstod från läkemedel år 2000? – orsaker och konsekvenser” en rapport med syftet att följa upp konsekvenserna av förändringarna i läkemedelsförmånen. Rapporten är en bearbetning av HEK, Statistiska Centralbyråns årliga hushållsundersökning som genomförs med telefonintervjuer till ett urval av befolkningen. Telefonintervjuerna innehåller frågor inom olika ämnen, däribland frågor om läkemedel och svaren kombineras med data om inkomster, skatter och bidrag. Den fråga som de 15 000 hushåll urvalet bestod av fick besvara var:

”Har utgiftens storlek för läkemedel utskrivna av läkare eller sjuksköterska under 2000 påverkat dig så att du har avstått från att lämna in recept/hämta ut läkemedel?”  
(Socialstyrelsen, VAfL 2000, 2002, s 12)

Svaren på denna fråga har i rapporten jämförts med tidigare års svar. Vidare har man gjort en uppföljande enkätstudie bland dem som uppgav att de avstått från läkemedel av ekonomiska skäl. Detta för att ta reda på vilka bakgrundsfaktorer som är den största orsaken till att individer avstår från läkemedel. 374 personer svarade att de avstått av kostnadsskäl och av dessa var det 20 % som deltog i den slutliga uppföljande enkäten.

Resultatet visar att 2,4 % av den vuxna befolkningen avstod från läkemedel år 2000 och det är en minskande andel jämfört med föregående år: 1997: 4,8 %; 1998: 4,4 %; 1999: 3,7 %. Generellt kan sägas att samtliga andelar av olika befolkningsgrupper som avstår från läkemedel är lägre år 2000 än året innan samtidigt som fördelningen var ungefär likartad.

Bland olika befolkningsgrupper år 2000 avstod yngre individer mer än de som var över 55 år och ensamstående med barn avstod i högre grad än de som var sammanboende med barn (11,6 % mot 2,0 %). När det gäller sysselsättning avstod arbetslösa (7,5 %) och förtidspensionärer (4,7 %) mer än fast anställda (2,0 %). Utlandsfödda personer avstod mer än personer födda i Sverige (4,6 % mot 2,1 %). Det kan förklaras av att arbetslösheten är högre bland invandrare vilket innebär sämre ekonomiska förutsättningar. Personer i hushåll med låg inkomst och personer i hushåll med socialbidrag avstår i högre grad än den övriga befolkningen. Individer med högskoleutbildning avstod i något mindre utsträckning än personer med lägre utbildning. (Socialstyrelsen, VAfL 2000, 2002, s 16)

Ett tydligt samband mellan disponibel inkomst och andel som avstår från att hämta ut läkemedel kan ses i undersökningen. För de som tjänar 200 000 eller mer per år är det endast 0,6 % som avstår medan de som har en disponibel inkomst mellan 50 000 och 99 000 är andelen 4,3 %. (Socialstyrelsen, VAfL 2000, 2002, s 17)

Trots att det inte finns något signifikant samband mellan frikort och sannolikheten att avstå från läkemedel menar Socialstyrelsen att det finns ett intresse i de resultat man fått fram. Enkätundersökningen visar att personer som haft frikort för läkemedel någon gång under året i nästan dubbelt så stor utsträckning avstod från läkemedel jämfört med individer som inte haft frikort. Det var mer vanligt förekommande för personer med högre utgifter för läkemedel att avstå än för personer med små eller inga utgifter för läkemedel. Socialstyrelsen menar att det kan bero på att individer med frikort har sämre hälsa och att det finns ett samband med dålig hälsa och svag ekonomi. (Socialstyrelsen, VAfL 2000, 2002, s 26f)

56 % av de 79 personer som besvarat enkätstudien hade enbart angivit ekonomiska skäl för att avstå läkemedel medan 32 % hade både ekonomiska och andra skäl från att avstå. Andra skäl var exempelvis att man inte ville äta läkemedel, man fick recept att ta ut vid behov eller att man var osäker på att läkemedlet hjälper. De läkemedel som inte hämtats ut var främst smärtstillande läkemedel, magsårsmiddel och läkemedel mot andningsorganen. (Socialstyrelsen, VAfL 2000, 2002, s 21) Det senare visar likheter med Lundberg et al i



ovanstående studie där individen väljer att inte ta ut läkemedel som mest minskar effekter och lindrar smärta.

Få individer kontaktade sjukvårdspersonal om att man inte kunde eller tänkte hämta ut läkemedlet men generellt var förtroendet för läkaren som skrev receptet bra. Endast 5 % hade dåligt förtroende för läkaren. I enkäten hade ungefär hälften av personerna som ej hämtat ut läkemedlet angett att de inte gjort någon åtgärd alls medan 38 % hade valt andra åtgärder där naturläkemedel var en av de vanligare. (Socialstyrelsen, VAfL 2000, 2002, s 22) 82 % av personerna uppger att de skulle ha hämtat ut läkemedlet om det kostat mindre. Den kostnad de var beredda att betala varierade. (Socialstyrelsen, VAfL 2000, 2002, s 21f)

De båda svenska studierna har visat att ekonomiska faktorer har betydelse för i vilken utsträckning man konsumerar läkemedel och att grupper i samhället med sämre ekonomi är mer påverkade av förändringar i patientavgifter. För att se till situationen i några mer specifika urval och söka efter ett mått på effekterna av patientavgifter på läkemedelskonsumtion kommer nästa avsnitt att redovisa ett antal utländska studier.

## **4.2 USA och Storbritannien**

Den första studien vars resultat redovisas i detta avsnitt är utförd i en Health Maintenance Organisation i USA där data använts på individer under 65 år och med fast anställning. Den andra studien har de äldre individerna som fokus och är även den utförd i USA där man undersöker hur konsumtion av läkemedel varierar med försäkringssituation och inkomst. En studie som har haft stor betydelse för aspekter kring försäkring och individens beteende är RAND studien utifrån vilken den sista studien från USA utgår ifrån. Slutligen presenteras tre studier från Storbritannien som samtliga har estimerat priselasticiteten inom det offentliga sjukvårdssystemet NHS, National Health Service.

### **4.2.1 Health Maintenance Organisation, HMO och effekter för individer i arbete**

Harris et al (1990) har i en studie undersökt hur användningen och kostnaden för läkemedel påverkas av införandet av en avgift vid uttag av läkemedel och även vilken effekt storleken på avgiften har. Studien är utförd i en Health Maintenance Organization (HMO)<sup>2</sup> i USA. Genom sina arbeten har 350 000 individer i staten Washington möjlighet till att få hälso- och sjukvård helt eller delvis ersatt av sina arbetsgivare. Ca 80 % av dessa deltar och den kostnadsfria vården gäller enbart på de olika hälso- och sjukvårdsinrättningar och apotek som drivs av organisationen. Före 1983 var samtliga kostnader för läkemedel inom öppenvården täckta av arbetsgivarna men 1 juli det året infördes en avgift på 1,5 dollar per recept och ett år senare ökas denna avgift till 3 dollar. Året därefter ändras systemet återigen så att en 3 dollars avgift för 30 dagars medicinering införs. Vidare infördes samtidigt avgifter på läkarbesök inom all sorts hälso- och sjukvård och ersättningen för receptfria läkemedel (undantaget insulin) upphör. Studien sträcker sig över dessa fyra års förändringar från avgiftsfritt till varje år ökade avgifter för de omfattade individerna. Populationen inom denna HMO har jämförts med en annan stor grupp av individer som även de har hälso- och sjukvårdsförsäkring som en förmån via sina arbeten och som under samma period inte hade några avgifter för läkemedel. Den slutliga kohorten omfattar 272 deltagare i undersökningsgruppen och 209 i kontrollgruppen vilka har liknande ålder, kön och sjukdomsbild. (Harris et al, 1990, s 909f)

De årliga förändringarna i förmånen resulterar i 10,7 %, 10,6 % respektive 12 % lägre konsumtion i undersökningsgrupp jämfört med kontrollgruppen. Sammantaget kan noteras att undersökningsgruppens totala läkemedelskonsumtion under de 4 åren minskade med 11 % medan jämförelsegruppens konsumtion ökade med 15,8 % i okorrigerade värden. Följden av att receptfria läkemedel borttogs från förmånen blev att skillnaden i användning mellan undersökningsgrupp och kontrollgrupp var 25,3 %. (Harris et al, 1990, s 912)

---

<sup>2</sup> HMO är en form av försäkringssystem som integrerar utförande och finansiering av hälso- och sjukvård till individer i arbete. (Folland et al, 2001, s 613)

Studien har särskiljt vad de kallar livsnödvändiga läkemedel och läkemedel som inte är livsuppehållande utan används i syfte att begränsa symptom och smärta. Användningen av de senare var ungefär 18 % lägre i undersökningsgruppen relativt jämförelsegruppen under samtliga tre förändringar i förmånen. Avgiften på 1,5 dollar medförde ingen signifikant förändring i konsumtionen av livsnödvändiga läkemedel medan däremot den ökade avgiften på 3 dollar orsakade en minskning på 13 %. (Harris et al, 1990, s 913)

En problematik med Harris studie är att äldre, yngre och arbetslösa individer med sämre ekonomi inte omfattas av studien. Detta bör man vara medveten om men kan ändå konstatera att studien visar att avgifter påverkar konsumtionen av läkemedel.

#### **4.2.2 Medicare och effekter bland äldre individer**

Stuart och Grana (1998) har undersökt hur äldre individer i Pennsylvania, USA väljer att konsumera läkemedel och hur deras konsumtion samvarierar med inkomst och försäkringssituation. Syftet med studien är att studera hur betalningsförmågan påverkar individens beslut att medicinera. Studien omfattar 4066 äldre individer i alla inkomstklasser och med allt från grundläggande försäkring med enbart Medicare<sup>3</sup> och extra försäkringar utöver Medicare. Dessa extra försäkringar som 89 % av individerna har kan dels vara från tidigare arbetsgivare, privat förskaffade eller via PACE, ett försäkringsprogram för låg och medel inkomsttagare i Pennsylvania. De 11 % som inte har extra försäkringar betalar den fulla kostnaden för läkemedel. De som har PACE försäkring betalar 4 dollar per recept och övriga har en varierande kostnad beroende av försäkring. (Stuart & Grana, 1998, s 204)

Individerna fick via brev ett frågeformulär att besvara. Svarsfrekvensen i studien var på 69,3 % och genomsnittsåldern var 74,4 år. 7 % av deltagarna ville inte uppge sin inkomst, 13 % hade lägre inkomst än 6 000 dollar och 23 % hade 18 000 dollar eller mer. 23 olika sjukdomar som behandlas inom öppenvården med receptbelagda läkemedel och/eller receptfria läkemedel var utvalda. Individerna fick rapportera om de varit sjuka någon gång inom de senaste två

---

<sup>3</sup> Medicare är ett federalt försäkringssystem för vård och omsorg som omfattar äldre individer och även andra utsatta grupper. (Folland et al, 2001, s 614)

veckorna och om de då behandlat med receptbelagda läkemedel, receptfria eller inte behandlat alls. (Stuart & Grana, 1998, s 204)

Totalt hade 87 % av deltagarna någon eller flera sjukdomar. Vanligaste sättet att hantera 12 av de 23 sjukdomarna var att inte göra något alls. 9 av sjukdomarna behandlades helst med receptbelagda läkemedel och 2 med receptfria. Inga tillstånd behandlades med både och. Individer utan extra försäkringar rapporterade mindre problem med hälsan och de använde i mindre utsträckning läkemedel för att behandla sina problem. Sannolikheten var 23 % lägre att medicinera utan extra försäkringar. De med lägst inkomst hade 20 % fler problem med hälsan än de i högsta inkomstgruppen men sannolikheten att de behandlade sin sjukdom med receptbelagda läkemedel var 12 % lägre och 38 % lägre när det gäller receptfria läkemedel. Sammantaget innebär det att det var 25 % mindre troligt att de med lägst inkomst behandlade med läkemedel. Studien visar även att individer i större utsträckning medicinerar allvarigare åkommor, det vill säga de är mindre priskänsliga när det gäller att medicinera hjärtproblem än att medicinera en förkylning. Resultatet visar att försäkring har betydelse för hur individen medicinerar diabetes. Författarna menar att en försäkring innebär lägre kostnad för alternativet att behandla med läkemedel medan ingen försäkring ger lägre kostnad för att äta riktigt i behandlande syfte. (Stuart & Grana, 1998, s 206f)

Liksom övriga studier poängterar Stuart och Grana att resultatet av deras studie har begränsad betydelse i sig och måste sättas in i ett större sammanhang. Vad som är intressant att veta är om de som inte konsumerar läkemedel av ekonomiska skäl minskar effektiv och nödvändig konsumtion som leder till förvärrad sjukdom och orsakar ökade kostnader vid senare tillfällen och i andra delar av hälso- och sjukvården. Stuart och Grana anser att den så pass stora skillnaden i konsumtion av läkemedel bland äldre till följd av ekonomiska faktorer kan ha en betydande negativ inverkan på hälsan hos äldre med dålig försäkring och svag ekonomi. (Stuart & Grana, 1998, s 202)

Det var inte möjligt att bedöma om behandling med läkemedel har varit korrekt då data inte visade hur mycket och vilka läkemedel som konsumerades för att behandla sjukdom. Studien baseras på självrapporterat hälsotillstånd vilket som nämnts tidigare kan vara problematiskt.

### 4.2.3 RAND- studien

RAND-studien eller the Rand Health Insurance Experiment, HIE är en omfattande experimentell undersökning som genomfördes år 1974 till 1977 i sex olika städer i de fyra staterna Ohio, Washington, Massachusetts och South Carolina i USA. Totalt omfattade studien 5809 individer under 62 års ålder. Syftet med studien var att studera hur efterfrågan inom olika vårdformer påverkades av den kostnad som patienten fick betala för vården. De individer som deltog i undersökningen fördelades slumpmässigt på 14 försäkringsprogram med olika grader av självrisk och högkostnadsskydd. Försäkringsprogrammen slogs ihop till fem grupper där en grupp hade helt kostnadsfri hälso- och sjukvård. Tre grupper med vardera 25 %, 50 % och 95 % självrisk och slutligen en grupp med 95 % självrisk för öppenvårdskostnaderna och kostnadsfri slutenvård. De tre grupperna med olika självrisker hade dessutom ett högkostnadsskydd som garanterade maximalt 5 %, 10 %, 15 % av en familjs inkomst under ett år upp till \$1000. (SoS 2000:8, s 37f)

Leibowitz et al (1985) har i sin studie av efterfrågan på receptbelagda läkemedel använt sig av data från det första året som RAND-studien genomfördes och studien omfattar slumpmässigt utvalda familjer i tre av staterna. Det slutliga urvalet bestod av 3860 individer. (Leibowitz et al, 1985, s 1065) Resultaten från Leibowitz analys av RAND-studien visar att utgifter per capita för läkemedel minskar vid högre kostnadsdelning. Individer med kostnadsfri vård hade i genomsnitt 60 % högre utgifter än individer med 95 % självrisk. Gruppen med kostnadsfri vård köpte fler antal receptbelagda läkemedel än grupperna med olika självrisker men kostnaden per recept skilde sig inte åt i de olika grupperna. Slutsatsen blir att de ökade utgifterna för de grupper med ingen eller låg kostnad för individen beror på en större volym och inte på dyrare priser. Vidare prövade författarna en tes om att en mindre generös försäkring resulterar i att individerna väljer billigare generiska substitut men inga belägg för detta hittades. En annan tes som undersöktes var om sämre försäkring innebar en substitution av läkemedel mot läkarbesök men inte heller detta hittades belägg för. Teorin bakom det senare var att med en sämre försäkring investerar individen mer i insatsvaror med större tidskostnad och mindre i insatsvaror där relativ priset har ökat. (Leibowitz et al, 1985, s 1064f)

#### 4.2.4 National Health Service, NHS

Storbritannien har ett skattefinansierat hälso- och sjukvårdssystem, National Health Service, NHS med avgifter för flera tjänster. Flera grupper är undantagna avgifter; äldre, låginkomsttagare, barn och gravida. Detta innebär att det är en relativt liten del av befolkningen som betalar patientavgifter och framförallt är en stor del av konsumtionen undantagen avgift. Inom NHS tas en fast avgift ut per receptbelagt läkemedel. För de som inte är undantagna avgifter finns möjlighet att köpa ett certifikat som gäller för en tidsbegränsad period och därefter vara undantagen avgifter. (O'Brien, 1989, s 110f) Mellan 1979 och 1986 höjdes de reala receptavgifterna för läkemedel med 600 % inom NHS. Denna ökning av patientavgifterna har flertalet ekonomer funnit intresse i att studera och därför har det skrivits flertalet studier om NHS. (SoS 2000:8, s 52) Nedan kommer tre artiklar som behandlar patientavgifternas effekter på konsumtion att presenteras.

Syftet med O'Briens studie från 1989 är att uppskatta om det finns något mätbart samband mellan avgifter för läkemedel och konsumtion av läkemedel. Data är från England 1969 till 1986. Då flertalet grupper av individer var undantagna patientavgifter innebar det att endast 24 % av samtliga läkemedel år 1986 hämtades ut med avgift. O'Brien har använt sig av månatlig tidsseriedata och resultatet från regressionsanalysen visar på en negativ priselasticitet på -0,33 för hela perioden. För åren 1969-1977 var priselasticiteten -0,23 och för perioden 1978-1986 var den -0,64. Det visar på att individerna har blivit mer priskänsliga över tid. Dock ges tyvärr ingen förklaring till varför man valt att dela upp i dessa två perioder. Vidare finns en positiv priselasticitet på +0,17 för de grupper som inte betalar någon avgift. (O'Brien, 1989, s 120) Innebörden av den positiva priselasticiteten i gruppen som är undantagna avgift har ifrågasatts. Vad mäter detta egentligen och varför har det betydelse för konsumtionen när avgiften är fri? (Hughes & McGuire, 1995, s 216)

Man har även studerat korspriselasticitet mellan receptfria och receptbelagda läkemedel. Hypotesen var att individen substituerar receptbelagda läkemedel mot receptfria om avgiften ökar och resultatet från regressionen visar på att denna hypotes var korrekt. Korspriselasticiteten för hela perioden var +0,22. Dock kan detta ha två orsaker. Dels kan det vara så att läkaren vid högre avgifter per recept utskrivet istället informerar patienten om

billigare alternativa läkemedel som är receptfria. Alternativt kan det vara så att individen väljer ett receptfritt läkemedel istället för att uppsöka läkare för att få ett recept utskrivet. (O'Brien, 1989, s 120f)

Hughes och McGuire (1995) har också intresserat sig för NHS och de har valt att värdera struktur och resultat av tidigare undersökningar som gjorts om patientavgifters effekter på konsumtion inom NHS. Syftet är också att utifrån årlig data estimerar priselasticiteten mellan åren 1969 och 1992 och de tittar endast på konsumtionen för de som betalar en avgift och inte de som är undantagna avgifter. Dessa är som tidigare nämnts; äldre, barn, gravida och låginkomsttagare. Författarna ifrågasätter ovanstående artikel av O'Brien då de inte kan se vitsen att undersöka elasticiteten hos en grupp som inte betalar någon avgift. Resultatet av estimeringarna ger en långsiktig priselasticitet på  $-0,37$  och på kort sikt  $-0,32$  vilket visar på att konsumtionen av läkemedel är relativt oelastisk och stabil över tid. Dock har det blivit mer elastiskt över tid då värdet 1969 var  $-0,125$ , 1980  $-0,22$ , 1985  $-0,68$  och 1992  $-0,94$ . Det senare resultatet visar på en ökad respons på förändringar i läkemedelsförmånen. (Hughes & McGuire, 1995, s 219)

Den sista studien som behandlas är Ryan och Birch (1991) som undersöker sambandet mellan förändringar i patientavgiften för receptbelagda läkemedel och förändringar i konsumtion. Data är mellan 1979 och 1985 och undersökt variabel är antal utlämnade receptbelagda läkemedel per månad. Till skillnad från O'Brien inkluderar Ryan och Birch de som köper certifikat i sin studie men reserverar sig för att det kan innebära en underestimering av resultaten. Priselasticiteten blir  $-0,109$  på kort sikt och  $-0,09$  på lång sikt vilket innebär att en ökning i pris på 10 % ger en minskad konsumtion av 0,9 %. Det visar sig även av studien att syftet med en genomförd begränsning av antal tillgängliga receptbelagda läkemedel har haft verkan. Målet var att minska konsumtionen av läkemedel för mindre allvarliga åkommor. Vidare visar studien att det har skett en substitution av receptbelagda läkemedel mot icke-receptbelagda läkemedel till följd av de ökade kostnaderna för receptbelagda läkemedel. (Ryan & Birch, 1991, s 684) Under den undersökta perioden ökade patientavgifterna med 490 % i reala termer och denna stora ökning kan inte motiveras av lika stor ökning i läkemedelskostnaderna. Under samma period minskade konsumtionen med 33 % bland den

del av befolkningen som betalar patientavgift. Under 1985 stod undantagna grupper för 82 % av konsumtionen av receptbelagda läkemedel. (Ryan & Birch, 1991, s 685f)



## 5 Sammanfattande diskussion

De ovan redovisade studierna från Sverige, Storbritannien och USA visar samtliga att patientavgiften påverkar vår konsumtion av läkemedel. I vilken utsträckning vi påverkas och hur vi påverkas av olika utformning av läkemedelsförmånen är frågor som inte har några klara svar men några aspekter som har betydelse ska nedanstående sammanfattning och diskussion framlägga.

I Sverige har vi en offentlig sjukförsäkring med en läkemedelsförmån som subventionerar läkemedel och den bekostas av landstingen och av individen i form av patientavgifter. För att oväntade kostnader för sjukdom inte ska bli en för stor ekonomisk belastning för individen finns ett tak för avgifterna i form av ett högkostnadsskydd. USA och Storbritannien har något annorlunda läkemedelsförmåner. Storbritannien har ett offentligt system där flera grupper är undantagna den fasta avgift som tas ut per recept. USA har många privata försäkringar utöver ett offentligt system för de med lägst inkomst. Länderna har en liknande samhällstruktur, kultur och inkomstnivå vilket gör att resultaten från studierna är relevanta utifrån uppsatsens perspektiv som har fokus på läkemedelsförmånen i Sverige.

I uppsatsen har påverkan på läkemedelskonsumtionen studerats utifrån ekonomiska teorier om individens beteende. Utformningen av patientavgifter och högkostnadsskydd inverkar på vårt beteende på olika sätt och kan resultera i att syftet med patientavgifterna, som är att styra konsumtionen till rätt nivå, inte uppfylls.

Allmän subventionering av läkemedel kan förekomma dels i form av att patienten betalar en andel av den totala kostnaden som det är i Sverige eller i form av en fast avgift per recept oavsett vilket läkemedel du konsumerar vilket är fallet inom NHS och inom den HMO som Harris et al (1990) undersökte. En fast avgift innebär att du betalar lika mycket för att behandla enklare åkommor som allvarligare åkommor. På ett sätt kan det ses som

mer rättvist då alla betalar lika mycket medan det kan ses som orättvist då man inte ser till individuella förutsättningar och det faktum att hälsotillståndet är olika bland individer.

I det redovisade materialet finns relativt lite information om hur ett tak för avgifter i form av ett högkostnadsskydd påverkar konsumtionen. I Leibowitz (1985) användning av RAND-studien finns en maximal avgift per år för kostnaderna på läkemedel. Självriskerna var olika och de som betalade mindre för läkemedel konsumerade en större volym men inte dyrare läkemedel. Inom NHS finns möjligheten att förköpa ett certifikat som begränsar de maximala utgifterna under en begränsad period. Individer som förväntas ha höga utgifter kan därmed reservera sig mot för stora utgifter. Det vore av intresse att se hur konsumtionen av läkemedel ser ut för dem som har certifikat liksom för de personer i Sverige som får frikort för läkemedel. Tyvärr innehåller ingen av studierna sådan information. Socialstyrelsens studie (2002) visar att de som har frikort i större utsträckning avstår från läkemedel någon gång under året. Det kan betyda att de som har frikort inte har haft ekonomisk möjlighet att hämta ut sin medicin vid ett tillfälle innan man uppnått frikortsgränsen. Det är individer med sämre hälsa som uppnår frikortsgränsen och i högre utsträckning är det låginkomsttagare som har sämre hälsa. Att de inte hämtar ut sitt läkemedel kan betyda att de haft andra stora utgifter vid det specifika tillfället och inte har tillräckligt med likviditeter.

Det är möjligt att individer med frikort hämtar ut mer läkemedel än nödvändigt. Moral hazard är troligtvis mer förekommande när man har frikort än vid en allmän subventionering. Det finns dock inga möjligheter att undersöka om så är fallet. Ett tänkvärt förslag är att införa en avgift på varje uttag efter högkostnadsskyddet inträtt om man vill begränsa effekterna av moral hazard. Det är något som varit på förslag i Sverige men inte genomfördes med tanke på att det slår mot fel grupper i samhället. Beslutet kan ses utifrån målet i hälso- och sjukvårdslagen om en vård på lika villkor för alla oberoende av ekonomiska förutsättningar.

Utifrån det bearbetade materialet är det inte möjligt att bedöma om konsumtionen av läkemedel har påverkats av mötet mellan vårdproducenten och patienten. Socialstyrelsens

studie (2002) visade att förtroendet för läkaren generellt var bra. Trots detta väljer individen att inte hämta ut sina läkemedel. Utöver de ekonomiska orsaker som var utgångspunkten för studien kan ytterligare orsaker vara att läkaren inte lyckats förmedla information till patienten om relevansen av behandlingen. Ett annat alternativ är att patienten anser sig välinformerad och bedömer att hon inte är i behov av läkemedlet. Att det råder asymmetrisk information mellan läkaren och patienten är teoretiskt välkänt faktum som det är svårt att mäta konsekvenserna av i praktiken.

Det är inte möjligt att i en studie se hur befolkningen som helhet påverkas av läkemedelsförmånen. Studierna har olika naturliga och medvetna avgränsningar och undersöker endast delar av befolkningen. En sammanvägning av de olika studierna kan ge en inte fullständig men åtminstone bredare bild av situationen. Genomgående visar ovan rapporterade artiklar att konsumtionen av läkemedel minskar vid ökade patientavgifter. Inom NHS har de stora reala ökningarna i patientavgifter från 1969 och framåt resulterat i flera estimeringar av individernas priskänslighet. O'Brien (1989) mäter en negativ priselasticitet på  $-0,33$  över tid och Hughes och McGuire (1995) får en långsiktig priselasticitet på  $-0,37$ . Dock är priselasticiteten ökande över tid vilket innebär att priskänsligheten hos individerna har ökat under periodens gång. Ryan och Birch (1991) har inkluderat individer med förköpta certifikat i sitt urval och det kan vara en del av förklaringen till att den uppmätta priselasticiteten i deras studie är lägre, på lång sikt  $-0,09$ . Harris et al (1990) visar att inom en HMO i USA resulterade förändringar i läkemedelsförmånen med ökade patientavgifter i en minskad konsumtion av receptbelagda läkemedel med 11 %. Gemensamt för dessa studier är att det är en fast avgift som belastar individer i arbete. De mått på hur stor effekten av patientavgifter är gäller därmed endast en specifik grupp i samhället vid en viss utformning av läkemedelsförmån. För att se hur andra grupper i samhället påverkas kan man se på resultaten främst från de två redovisade svenska studierna som har inriktat sig på att studera konsekvenser av läkemedelsförmånen utifrån demografiska och socio- ekonomiska faktorer.

Ekonomiska förutsättningar hänger i all väsentlig mening samman med i vilket socialt samhällsskikt du befinner dig och det påverkas i sin tur av i vilken ålder du är, vilken utbildning och sysselsättning du har. Din ekonomiska situation begränsar dina möjligheter att

konsumera obegränsat och påverkar dina preferenser. Det är svårt att särskilja ekonomiska faktorer från andra faktorer vid konsumtionsbeslut.

Både Lundberg et al (1998) och Socialstyrelsen (2002) har kommit fram till att en hög disponibel inkomst innebär att man inte väljer bort läkemedel vid höga utgifter till skillnad från en låg disponibel inkomst. Inom den kohort med äldre individer som Stuart och Grana (1998) undersökt visas det att äldre individer med dålig försäkring och låg inkomst i mindre utsträckning medicinerade sjukdomar jämfört med fullförsäkrade och höginkomsttagare. Läkemedel är relativt billigt för höginkomsttagare samtidigt som tiden har ett högre pris än för låginkomsttagare. Det kan vara ett incitament för höginkomsttagare att investera i läkemedel som har en låg tidskostnad relativt att behandla sjukdom med vila och c-vitamin.

Socialstyrelsens studie (2002) har enbart tittat på dem som avstår av ekonomiska skäl och tyvärr baseras den på ett relativt litet urval vilket är en anledning till att man inte ska ha alltför stor tilltro till dess resultat. Rapporten visar att det är mer troligt att arbetslösa och förtidspensionerade avstår från läkemedel av ekonomiska skäl än individer i arbete. Det gör även ensamstående med barn och person i hushåll med socialbidrag. Likaså avstår invandrare i större utsträckning och en möjlighet är att språkliga och kulturella aspekter är bakomliggande orsaker eller mer sannolikt att invandrare har en högre arbetslöshet och därmed sämre ekonomiska förutsättningar.

Lundberg et als studie (1998) visade att äldre individer är mindre beroende av priset för läkemedel än yngre individer som i större utsträckning avstår från läkemedel. Utifrån Grossmans (1972) teori kan det förklaras av att äldres hälsokapital deprecieras i en snabbare takt vilket resulterar i ett sämre hälsokapital än vad yngre individer har. Därmed krävs det mer investeringar för att bibehålla hälsokapitalet. Grossman kom fram till att utgifter för sjukvård korrelerar positivt med ålder vilket överensstämmer med Lundbergs resultat. Det är viktigare för äldre att ta sina läkemedel för att upprätthålla hälsan. Yngre individer klarar i större utsträckning av att inte inta ett läkemedel, kroppen är starkare och återhämtar sig ändå. Andra aspekter som kan påverka äldres konsumtion är att de sedan barnsben har haft en stor tilltro till läkaren som förr hade en mycket hög status i samhället. Man gör helt enkelt som doktorn

säger. Yngre individer har mindre tilltro till läkaren och ett mer kritiskt förhållningssätt. Det finns även en social aspekt som kan tänkas ha betydelse. I samhället idag lever många äldre ensamma med få sociala kontakter och att gå till läkaren och tala om sina problem är ett kontaktsökande beteende som kan inverka på en ökad vilja att inta läkemedel. Dessa förklaringar har rimligtvis en mindre betydelse jämfört med att upprätthålla hälsotillståndet.

Lundberg et al (1998) har även kommit fram till att individer med god hälsa är mindre beroende av priset för läkemedel än individer med sämre hälsotillstånd. Likaså innebar en högre utbildningsnivå en mindre priskänslighet och utifrån Grossmans (1972) teori beror det på att mer utbildade investerar mer i hälsa genom mer effektiv produktion av hälsa än mindre utbildade individer. De kan tydligare se fördelarna med en god hälsa och prioriterar en sundare livsstil och investeringar i hälsa högt. En lägre utbildningsnivå kan leda till en lägre inkomst vilket också är liktydigt med en högre priskänslighet för läkemedel. Ett högre hälsotillstånd har av Grossman visats samvariera med utbildning och ekonomi och därför är dessa resultat inte oväntade.

Flera av de ovan redovisade studierna visar på att individens priskänslighet är olika för olika grupper av läkemedel. Vid en ökad kostnad är individen mindre villig att konsumera läkemedel mot mindre allvarliga åkommor medan läkemedel som kan anses vara livsnödvändiga konsumeras oavsett pris. Läkemedel mot hosta, magont och smärtstillande är några grupper av läkemedel som konsumeras i mindre utsträckning vid en högre kostnad. Individens beslut blir då att till följd av finansiella och tidsmässiga faktorer välja bort läkemedel och välja andra insatsvaror med ett lägre pris som exempelvis att behandla genom att vila, äta c-vitamin mot förkylningshosta och stressa mindre för att lugna en dålig mage. Vilka effekter detta konsumtionsmönster kan få är svåra att bedöma då läkemedel som mest minskar effekter och lindrar smärta kan vara livsnödvändiga för exempelvis kroniskt sjuka. Marginalnyttan av hälsotillståndet är subjektiv uppfattning och vilken nytta man har av läkemedelsbehandlingen är en individuell bedömning. Man kan därmed inte generellt säga att det är mindre nödvändiga läkemedel som väljs bort men de resultat som funnits i denna uppsats indikerar att det troligtvis är så. Stuart och Grana (1998) liksom Harris et al (1990) visar på att konsumtionen av icke receptbelagda läkemedel minskar i betydligt större

utsträckning än konsumtionen av receptbelagda läkemedel. Ovanstående resonemang kan anknytas även till detta resultat. Dock innehåller genomgången material inte någon information om vilka läkemedel som är receptfria och vilka som är receptbelagda i olika länder och inom olika försäkringssystem. Man bör därför inte dra för stora slutsatser av resultaten.

Något som kan vara problematiskt med flera av de redovisade studierna är att de inte är helt nya och ofta bygger på äldre statistik. Man kan fråga sig om det är möjligt att dra relevanta slutsatser som är aktuella idag. I och med att det sker och har skett stora förändringar inom hälso- och sjukvården där nya dyra läkemedel har fått en ökad betydelse som en effektiv behandlingsform har också kostnaderna för läkemedel ökat relativt andra utgiftsposter. Utvecklingen innebär att förändringar inom läkemedelsförmånen har varit nödvändiga för att hantera kostnadsutvecklingen och en av de åtgärder som har vidtagits är förskrivning av generiska preparat. Även om läkemedelsförmånen ser annorlunda ut idag då det finns ett ökat antal läkemedel, det förskrivs mer recept samtidigt som inte alla läkemedel omfattas av subventionering och en del som tidigare inte varit kostnadsfria numera är belagda med avgift så är det andra faktorer som inte har förändrats. Resurserna är fortfarande begränsade samtidigt som produktionsmöjligheterna förändrats genom teknologi och kunskap. Utifrån dessa förutsättningar investerar vi i den mängd hälsokapital som maximerar vår nytta. Våra preferenser kan ha ändrats något och insatsvarorna till vår hälsoproduktion utvecklats och förnyats. Trots nya omständigheter är de indikationer som studierna visat gällande även idag.

I samhället idag strävar man efter att uppnå en ökad medvetenhet hos befolkningen när det gäller val av livsstil och vilka effekter det har på hälsan. Vid sidan av läkemedelsintag inom sjukvård och egenvård har det blivit ett ökat fokus på att använda andra insatsvaror som påverkar vårt hälsotillstånd. Samtidigt som sjukvården och läkemedel blir mer effektiva insatsvaror i hälsoproduktion finns många lockelser som ger oss nöje men är negativa för vår hälsoproduktion. Fetma har idag blivit en folksjukdom som leder till diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar och för att förhindra uppkomsten av övervikt och fetma krävs information om vad som orsakar det och hur man kan agera preventivt för att förhindra uppkomsten. Information och kunskap är inte lika tillgänglig för alla då vi har olika grad av utbildning och möjlighet att ta till oss information. Läkaren är en viktig informationskanal i det förebyggande

arbetet. Ökad kunskap påverkar humankapitalet som är en av insatsvarorna i Grossmans produktionsfunktioner för hushållet där tid och marknadsvaror för hälsoproduktion de andra.

Ett problem i dagens samhälle är att tiden har blivit en bristvara. Stressrelaterade sjukdomar blir allt vanligare och tidskrävande insatsvaror i hälsoproduktionen prioriteras bort. Vill man uppnå en minskad konsumtion av läkemedel bör man förändra samhällsstrukturen och subventionera tidskrävande insatser som kan förbättra hälsotillståndet. Motion och mat är sådana insatser och varför inte sponsra gymkort för de anställda, ha friskvård på arbetstid och timslånga luncher så att man har tid att äta ordentligt och stressa ner. Den höga alternativkostnaden för tid som många upplever idag resulterar i en ökad betydelse av läkemedel för att upprätthålla hälsokapitalet. De signaler som samhället sänder ut genom att informera om vikten av en sund livsstil kan ses som att de strävar efter att överföra kostnaderna för hälsoproduktion från samhället till individen. Läkemedelskostnaderna belastar samhället och insatser som har en låg monetär kostnad och en hög tidskostnad belastar individen. Om man vill att individen ska ta ett större ansvar i sin hälsoproduktion måste därför priset på tid bli lägre.

I en uppsats som undersöker hur olika grupper påverkas i sin konsumtion av en vara som läkemedel är det svårt att inte fundera kring begrepp som rättvisa i form av tillgång och möjlighet att använda vård. Sjukdom är en slumpmässig företeelse och behovet av läkemedel uppkommer i en utsatt situation med ett försämrat hälsotillstånd som ofta inbegriper smärta, oro och nedsatt förmåga att fungera i samhället. Sjukdom kan även innebära en plötslig kostnad för individen av utebliven arbetsinkomst och kostnader för vård och läkemedel. Individen är då i behov av hjälp att bli frisk och klara av de utgifter som man har även utan inkomst och det är vad försäkringar är till för. Att alla individer ska ha samma möjlighet att kunna använda de läkemedel man är i behov av är en förutsättning för att man ska ha en vård på lika villkor för alla. Hur man kan erbjuda den möjligheten utifrån förutsättningen att resurserna är begränsade är en fråga som är svår att besvara.

Det är svårt att bedöma "rättvisan" med olika länders läkemedelsförmåner då man inte ser helheten med socialförsäkringssystem och skattebelastning i övrigt. För att få ett perspektiv på

möjligheten för olika individer att nyttja vård i olika länder och för att kunna se hur rättvisa de olika systemen är behövs en helhetsbild över situationen och det är inte möjligt inom ramen för denna uppsats. Målet har inte varit att jämföra de olika länderna utan se om vi generellt påverkas av patientavgifter. Att bakgrunden med olika urvalsgrupper och specifika syften i studierna som redovisats har varit olika är en faktor som måste inkluderas i bedömningen av slutsatsernas relevans.

Till skillnad från Sverige är en stor del av befolkningen i Storbritannien undantagen avgifter för läkemedel. Grupper av individer som ofta är mer utsatta ekonomiskt har inom NHS en fördel relativt det svenska systemet där det är samma gräns för högkostnadsskydd oavsett inkomst. Om man enbart ser till läkemedelsförmånen ser NHS ut att vara ett system som är förmånligare för svaga grupper i samhället. I USA däremot är man mer beroende av privata försäkringar och skillnader i tillgång till vård hos olika grupper är troligtvis betydligt större än både inom NHS och i Sverige.

Om man med patientavgifter uppfyller strävan efter att styra konsumtionen till rätt nivå är oklart. Är patientavgifter en effektiv och rättvis policy? Det har i uppsatsen visats att konsumtionen av läkemedel påverkas av patientavgifter och frågan är om det innebär konsekvenser för hälsan som leder till en ökad vårdkonsumtion i någon annan del av hälso- och sjukvården i ett senare skede. Om så sker kan det i slutändan innebära ökade kostnader istället för effektiv vårdkonsumtion. Det är av vidare intresse att undersöka eventuella hälsoeffekter som kan uppkomma. Individer med sämre hälsostatus och lägre inkomst är mer priskänsliga och att begränsa konsumtionen av läkemedel genom patientavgifter kan leda till ökade orättvisor i samhället genom en ökad ohälsa bland vissa grupper.



## 6 Referenser

Anell, A., Jönsson, B., Persson, U., (1998) *Läkemedelskostnaderna*, Lund: IHE.

Apoteket AB, 2000, *Svensk läkemedelsstatistik för året 2000*, Stockholm.

Bolin, K., Jacobson, L., Lindgren, B., (2002), "The demand for health and health investments in Sweden 1980/81, 1988/89 and 1996/97" in B. Lindgren (ed) *Individual decisions for health*, Routledge, London, 93-112.

Dozet, A., Lyttkens, C. H., Nystedt, P., (2002), "Health care for the elderly: two cases of technology diffusion", *Social Science & Medicine* 54, 49-64.

Folland, S., Goodman, A., Stano, M., (2001) *The economics of health and health care*, New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Grossman, M. (1972), "On the concept of health capital and the demand for health", *Journal of Political Economy* 80, 223-255.

Grossman, M. (2000), "The human capital model" In Culyer, A.J. & J.P. Newhouse (eds), *Handbook of health economics*, Vol. 1A, chapter 7, p347-408.

Harris, B. L., Stergachis, A., Reid, L. D., (1990) "The effect of drug co-payments on utilization and cost of pharmaceuticals in a health maintenance organisation", *Medical Care* 28, 907-917.

Henriksson, F., Hjortsberg, C., Rehnberg, C., (1999) "Pharmaceutical expenditure in Sweden", *Health Policy* 47, 125-144.

Holme, I. M., Solvang, B.K., (1997) *Forskningsmetodik- Om kvalitativa och kvantitativa metoder*, Studentlitteratur.

Hughes, D., McGuire, A. (1995) "Patient charges and the utilisation of NHS prescription medicines: some estimates using a cointegration procedure", *Health Economics* 4, 213-220.

Hurley, J. (2000), "An overview of the normative economics of the health sector" In Culyer, A.J. & J.P. Newhouse (eds), *Handbook of health economics*, Vol. 1A, chapter 2, p55-118.

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL 1982:763 §2, Nordstedts Juridik, Stockholm 2000

Kenkel, D.S. (2000), "Prevention". In Culyer, A.J. & J.P. Newhouse (eds), *Handbook of health economics*, Vol 1B, chapter 31, p 1675-1720.

Leibowitz, A., Manning, W.G., Newhouse, J. P. (1985) "The demand for prescription drugs as a function of cost-sharing", *Social Science and Medicine* 21, 1063-1069.

Lundberg, L., Johannesson, M., Isacson, D., Borgquist, L. (1998) "Effects of user charges on the use of prescription medicines in different socio- economic groups", *Health Policy* 44, 123-134.

O'Brien, B., (1989) "The effect of patient charges on the utilisation of prescription medicines", *Journal of Health Economics* 8, 109-132.

Rosén, P., Jansson, S., Jendteg, S., (2000) "Subvention av läkemedel på recept- Vad tycker allmänhet, läkare och apotekspersonal?" , IHE Arbetsrapport 2000:2

Ryan, M., Birch, S. (1991) "Charging for health care: evidence on the utilisation of NHS prescribed drugs", *Social Science and Medicine* 33, 681-687.

Stuart, B., Grana, J. (1998) "Ability to pay and the decision to medicate", *Medical Care* 36, 202-211.

Zweifel, P., Manning, W.G. (2000), "Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care" ". In Culyer, A.J. & J.P. Newhouse (eds), *Handbook of health economics*, Vol. 1A, chapter 8, p 409-458.

## 6.1 Utredningar och propositioner

Prop. 2001/02:63, *De nya läkemedelsförmånerna*,

SOU 2000:86, *Den nya läkemedelsförmånen*

SoS 2000:8 *Patientavgifter och vårdefterfrågan - en kunskapsöversikt*

Socialstyrelsen, 2002, *Vilka avstod från läkemedel år 2000? - orsaker och konsekvenser*.

Socialstyrelsen, 2002, *Vårdens värde – Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?*

Betänkande 1996/97:SoU1

## 6.2 Internetkällor

[www.apoteket.se](http://www.apoteket.se) 2004-10-10

[www.lfn.se](http://www.lfn.se) 2004-05-11 Apoteket AB, Landstingsförbundet, Läkemedelsförmånsnämnden, *Utbyte av läkemedel- En uppföljning av de första 15 månaderna med läkemedelsreformen*.

<http://www.oecd.org/dataoecd/1/31/2957323.xls> 2004-05-17 OECD Health Data 2003

<http://www.oecd.org/dataoecd/12/58/2957414.xls> 2004-05-17 OECD Health Data 2003

[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) 2004-09-30 Socialstyrelsen, *Läkemedelsförsäljningen i Sverige-analys och prognos Maj 2004 Sammanfattning*

