

(O)lika villkor i vården

- jämlikhet, patientavgifter och regionala skillnader i svensk sjukvård

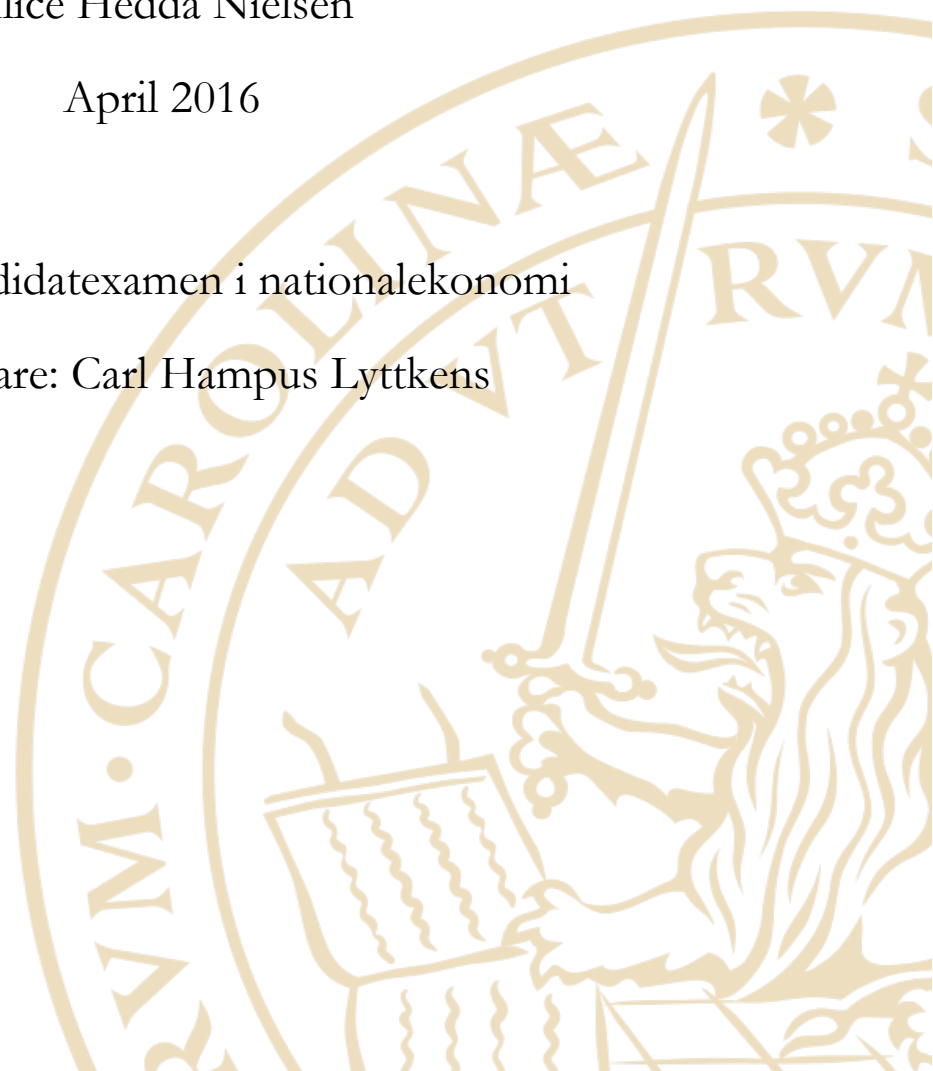
av

Alice Hedda Nielsen

April 2016

Politics kandidatexamen i nationalekonomi

Handledare: Carl Hampus Lyttkens



Abstract

This thesis considers equity in the Swedish health care sector by examining the theoretical framework behind demand for health and health care, the purpose of co-payments in outpatient care as well as the implications for health care utilization, and in turn health outcomes. The Swedish Health Care Act frames the fundamental objectives of health care as good health and health care on equal terms for the entire population; thus over both socioeconomic and geographical groups. Regional differences in co-payments are therefore *prima facie* in conflict with these overarching goals, but there is no (current) system for collecting full data in order to understand the effects of co-payments on individuals' full health care expenditure and health outcomes. Hence, the purpose of this thesis is to analyze the theoretical possibility that co-payments can guide health care utilization towards less inequity through its political functions; reducing over-consumption, steering consumption to the correct instance, increasing cost-awareness as well as contributing to cost-financing. By combining demand theory and previous research this thesis shows that there is a potential regional inequity as the levels of co-payments can neither be proven to affect health care demand such that health care utilization and health outcomes become equitable, nor shown to have effects that contribute to reducing inequity.

Keywords: Health economics, health care, equity, co-payments, Sweden

Innehållsförteckning

1	Introduktion	5
1.1	Uppsatsens upplägg	7
1.2	Fokus och avgränsningar	7
2	Bakgrund	9
2.1	Framväxten av patientavgifter	9
2.2	Patientavgifter idag	10
2.2.1	Patientavgifter och kostnadsfinansiering	12
2.3	Regionala och socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande	12
3	Begreppsdiskussion	16
3.1	Länken mellan hälsa, behov och efterfrågan	16
3.1.1	Att avstå från vård trots upplevd ohälsa	18
3.2	Jämlig vård	19
3.2.1	Jämlikhetsbegreppet i svensk social- och hälsopolitik	20
4	Ekonomisk teori	22
4.1	Efterfrågan av hälsa och vård	22
4.1.1	Grossmans modellen	23
4.1.2	En mer generell modell	24
4.1.3	Effekter av förändring i efterfrågans determinanter	25
4.1.4	Aggregering av efterfrågan på sjukvård	26
4.2	Sjukvårdssystem och överkonsumtion av vård	26
4.3	Hantering av överkonsumtion: patientavgifter	27
4.3.1	Priselasticitet och effekter av patientavgifter	29
4.3.2	Högekostnadsskydd	30
5	Tidigare studier	32
5.1	Generella effekter & RAND-studien	32
5.1.1	RAND Health Insurance Experiment	33
5.2	Vårdutnyttjande och socioekonomiska skillnader	34
5.3	Patientavgifter och vårdutnyttjande	36
5.3.1	Priselasticitet	37
5.3.2	Att avstå från vård: trösklar och barriärer	38
5.4	Patientavgift och skatter	39
6	Diskussion och slutsats	41

6.1	Diskussion	41
6.1.1	Patientavgifter - minska överkonsumtion eller öka ojämlikhet?	42
6.1.2	Patientavgifternas övriga mål – kan dessa påverka jämlikheten?	44
6.1.3	Alternativa utformningar av patientavgiften för att öka jämlikheten.....	45
6.2	Slutsats.....	46
6.2.1	Framtida forskning	47
6.3	Epilog	48
	Referenser.....	49
	Appendix A.....	53
	Appendix B.....	55

1 Introduktion

Portalparagrafen 2 § i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) fastslår att ”målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”¹. Vården ska enligt den ursprungliga propositionen därför erbjudas på lika villkor och

[m]öjligheterna att vid behov erhålla vård får sålunda inte påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet (Prop 1981/82:97, s. 28)

Vikten av att betalningsförmåga inte får styra tillgången till vård bekräftas vidare i prioriteringsutredningen (SOU 1995:5) och dess efterföljande riksdagsbeslut (Prop 1996/97:60), genom de tre prioriteringsprinciperna; människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.

Det första av målen för vården i hälso- och sjukvårdslagen, en god hälsa, är ett i internationell jämförelse väl uppfyllt mål tack vare att den svenska befolkningen bl.a. har en av de längsta medellivslängderna i världen och en spädbarnsdödlighet långt under världsgenomsnittet (Folkhälsomyndigheten, 2014). Ser man emellertid till individnivå blir det tydligt att vår generellt goda hälsa inte är jämnt fördelad över befolkningens sociala och socioekonomiska grupper (Sveriges Kommuner och Landsting, 2009)². Därför innebär ett jämlikhetsfokus på svensk sjukvård främst en analys av portalparagrafens andra del: att tillhandahålla en god vård på lika villkor för hela befolkningen genomgående i vårdsystemet.

Svensk sjukvård är offentligt finansierad och organiserad, men vårdkonsumtionen bestäms slutgiltigt i det enskilda mötet mellan patient och vårdgivare. Genom subventionering och statlig finansiering täcks kostnaden för vården i en mycket stor utsträckning så att varken vårdgivare eller patient behöver ta det reella priset i direkt beaktande vid beslutsfattande. Landstingen och regionerna har dock fått behålla rätten att använda sig av patientavgifter som en form av prissättning på marknaden för öppenvård, vilket sannolikt påverkar individens beslut angående vårdkonsumtion.

Trots kravet på likhet finns tydliga skillnader mellan olika regioner i nivån på patientavgifter. Du som upplever symptom som ont i örat, feber samt en känsla av lock för örat³ och väljer att vända dig till din vårdcentral i Stockholm betalar 200 kr, medan du enbart hade betalat 120 kr om du varit bosatt i Örebro och vänt dig till allmänläkare där. Hade du istället bott i

¹ Samma formulering återkommer sedan första januari 2015 i 1 kap 6 § patientlagen (2014:821)

² Hädanefter refererat till som SKL

³ Klassiska symptom på öroninflammation, som beskrivet i 1177 Vårdguiden (2016).

Västmanland och vänt dig direkt till en öronspecialist (eftersom du känner igen symptomen) betalar du 320 kr, medan att utnyttja specialistvård i Gävleborg kostar lika mycket som ett vårdcentralsbesök i Stockholm, 200 kr (SKL, 2015).

Syftet bakom regionernas olika patientavgifter kan dels anses vara styrning av vårdkonsumtionen och dels kostnadsfinansiering. Styrning och finansiering sker med relativt små medel; avgiften är inte särskilt stor och skillnaderna mellan landstingen ännu mindre. Även om skillnader på ca 100kr för många av oss framstår som blygsamma, kan den för de ekonomiskt svagaste utgöra ett hinder för att uppsöka vården trots sjukdom, även vid tryckande vårdbehov (SOU 2012:2).

Eftersom vården i Sverige ska ges på lika villkor är det rimligt att landstingen motiverar differentieringen av patientavgifter. För det krävs antingen att de kan hänvisa till ett finansieringsbehov eller ett styrande av vårdkonsumtion till de med störst behov (behovs-solidaritetsprincipen). Att ta ut samma avgift för alla patienter kapar konsumtion men det är inte självklart att en högre avgift leder till att de med störst behov är de som utnyttjar vården. För att kostnadseffektiviteten ska kunna förbättras med hjälp av patientavgifter krävs att vissa hypoteser är uppfyllda: att individers vårdkonsumtion påverkas av egenavgifter och att betalningsviljan är beroende av reella skillnader i underliggande behovsfaktorer, så som t.ex. ålder, utbildning och inkomst. Med andra ord; avgiften måste leda till att vården utnyttjas av de med störst behov och med mest effektivt utfall, där ett geografiskt område med högre medelinkomst kan nödvändiggöra en högre avgift för att begränsa vården till de med störst betalningsvilja.

För att bekräfta dessa hypoteser krävs emellertid ett statistiskt underlag på individnivå för hälsoutfall, vårdutnyttjande samt socioekonomiska faktorer, som ej finns tillgängligt för svensk del idag. Dessutom så saknar vi i Sverige även det statistiska underlaget för att studera de konkreta effekterna av regionernas patientavgifter på enskilda patienters vårdkonsumtion och därmed möjliga effekter på deras hälsa. Istället finns beräkningar över total konsumtion, vilket sannolikt är beroende av flera andra faktorer utöver patientavgifter, samt självskattningar från patienter för avgifternas betydelse för vårdkonsumtion. Utöver de statistiska svårigheter som självskattningar ger för en exakt bild av behov och efterfrågan så innebär avsaknaden av ett gemensamt "register" även här att önskade studier inte kan utföras.

Vad som återstår för att med stöd i ekonomiska resonemang kunna rättfärdiga patientavgifterna utifrån ett jämlikhetsperspektiv, är *en analys av den teoretiska möjligheten att patientavgifterna styr vårdutnyttjandet mot mindre ojämlikhet*; och det är således även uppsatsens huvudsyfte. Regionala skillnader i patientavgiftsnivån är i uppenbar konflikt med likhetsprincipen, men motiveras politiskt med hänvisning till regionalt självstyre⁴. Denna uppsats kommer därmed även *studera huruvida den regionala ojämlikheten kan rättfärdigas med hjälp av ekonomisk teori och tidigare forskning kring patientavgifters påverkan på vårdkonsumtionen*.

⁴ Prop 1990/91:14, s. 81-83 samt Prop 1992/93:129, s. 13-18.

1.1 Uppsatsens upplägg

Forskning kring den svenska vården återkommer ofta till jämlikhetsfrågor, men både i forskning och lagstiftning saknas en tydlig definition av jämlikhet. Denna uppsats inleds med en överblick av patientavgifter i Sverige, följt av en diskussion kring tolkningar och förståelse av jämlikhetsbegreppet samt övriga relevanta begrepp, så som efterfråga och behov. Efter detta följer en *positiv* analys av den underliggande ekonomiska teorin kring efterfråga och behov av vård och hälsa. Med grund i detta presenteras och tolkas tidigare forskning kring patientavgifter, vårdefterfrågan, socioekonomiska skillnader samt jämlikhet. Slutligen kombineras resultaten från de tidigare kapitlen med ett *normativt* perspektiv på regional jämlikhet i vården i förhållande till patientavgifter.

1.2 Fokus och avgränsningar

Den valda regionala jämförelsen motiveras av att det är landstingen och regionerna som är huvudmän för hälso- och sjukvården⁵. Landstingen och regionerna skiljer sig åt både när det gäller socioekonomiska och demografiska faktorer, så som utbildningsnivå och medelinkomst, men även gällande hälsfaktorer så som medellivslängd och ohälsotal. Ytterligare skiljer sig tillgången på resurser hos huvudmännen. Tidigare forskning har framförallt fokuserat på jämlikhet i allmänhet alternativt i specifika fallstudier av en region, och denna studie medför därmed en ny infallsvinkel. Det bör påpekas att en region ej nödvändigtvis är homogen i hälso- och sjukvården, men då patientavgifter sätts regionalt bör de anses relatera till generella tankar kring sjukvården i regionen i fråga.

Patientavgifter i Sverige tillåts vara differentierade beroende på vårdinstans och typ av tjänst. Utöver detta väljer vissa landsting och regioner att ytterligare anpassa avgifterna utefter bland annat ålder, inkomstkälla (t.ex. nedsatt avgift i Region Östergötland för studenter med studiemedel), inskrivning på vårdnheten och remissunderlag (SKL, 2015). Då systemen för patientavgifter skiljer sig i stort mellan olika delar av sjukvården, kommer denna uppsats behandla *öppenvården*. Slutenvården, tandvården, tekniska hjälpmedel, äldre- och handikappomsorg, sjukresor samt läkemedelsvården har egna system för avgifter och högkostnadsskydd, vilket i sin tur kräver ytterligare analyser (SOU 2012:2).

För att möjliggöra en mer överskådlig analys kommer jag att fokusera på generella patientavgifter i primärvården samt specialistvården. Med patientavgifter menas här den kostnad man betalar för att bli undersökt och eventuellt behandlad i öppenvården. Inriktningen motiveras av att primärvårds- och specialistvårdsavgifter är de två priser

⁵ I denna studie bortses från den vård som bedrivs av kommunerna kopplad till så kallade särskilda boenden.

individnen möter initialt i sin relation till vården: priset du betalar om du går till vårdcentralen respektive priset du betalar om du vänder dig direkt till en specialistläkare.

Primär- samt specialistvård i Sverige erbjuds inte enbart av offentliga aktörer utan även av privata vårdgivaren. Andelen besök hos privata vårdgivare skiljer sig mellan olika delar av landet, men utgör vanligtvis en liten del av totala vårdkontakter (Socialstyrelsen, 2000) och därför kommer min analys att frångå att behandla dessa.

Som tidigare nämnt, för att undersöka jämlikhet i relation till patientavgifter i sjukvården hade det självklara valet varit att analysera effekter på individnivå för hälsoutfall, men tyvärr finns det ej tillgänglig data som följer kostnader samt effekter för individen. Detta är även något som påpekats upprepade gånger i tidigare studier och statliga utredningar⁶, där valet istället ofta faller på att analysera antingen effekter fördelat på aggregerade socioekonomiska grupper alternativt utifrån enkätundersökningar. Dessa studier refereras i uppsatsens kapitel 6 för att tillsammans bygga en förståelse kring vårdutnyttjandet. Uppsatsen kommer inte själv att innehålla en sådan analys, då tillgänglig data inte är uppdelad per region och inte är länkad direkt till patientavgifterna, utan som nämnt ta form av teori- samt litteraturstudie.

⁶ Se till exempel SOU 2012:2 samt Socialstyrelsen (2011)

2 Bakgrund

2.1 Framväxten av patientavgifter

Nedan följer en kort historisk översikt av patientavgifterna och högkostnadsskyddets utveckling i Sverige, följt av en redovisning av dagens läge.

År 1959 fastslogs landstingens ansvar att erbjuda öppen vård vid sjukhus, vilket inledde utvecklingen mot det sjukvårdssystem vi har idag. Ersättningen till läkare var emellertid länge reglerad i läkarvårdstaxan och patienten fick delvis ersättning från Försäkringskassan beroende på taxebeloppet vilket bestämdes av läkaren. För att främja en utbyggnad av den öppna vården samt stärka skyddet för de med omfattande och dyrbar vård genomfördes den så kallade Sjukronorsreformen 1970. Nu togs istället en generell avgift, 7kr⁷, för alla patienter oberoende typ av läkarbesök och behandling. Således förstärktes patientskyddet och länken mellan läkarens inkomst och kostnaden för patienten försvann då läkare nu debiterade Försäkringskassan direkt (Landstingsförbundet, 1993; Socialstyrelsen, 2000).

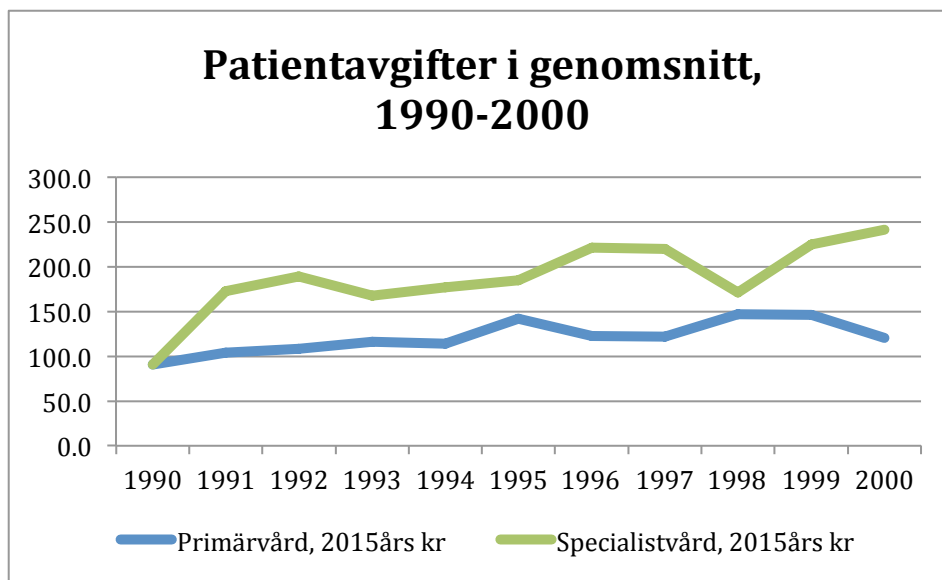
Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anger som tidigare nämnt att ”målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” och lagstodgade det explicita jämlikhetsvillkoret för vården. Propositionen 1981/82:97 gav även att enhetliga taxor för jämförbar vård bör eftersträvas för olika delar av landet. Detta krav på geografisk jämlikhet kom att få ytterligare tyngd då de enhetliga avgifterna slopades i den så kallade Dagmarreformen år 1990. Avgiftstaket uppgavs och varje landstings sjukvårdshuvudman fick fria möjligheter att utveckla ett avgiftssystem för öppensjukvården. Ett högkostnadsskydd lagstodgades emellertid, vilket gällde oberoende av avgiftssystem, och initialt sattes till 1500kr⁸ för ett år (Landstingsförbundet, 1993; Socialstyrelsen, 2000). Fortsättningsvis kom även avgiftssystemen satta av sjukvårdshuvudmännen att gälla för privata läkare, och således har det skett en utjämning i avgifter mellan offentlig och privat vård sedan 1991 (SOU 2012:2).

Dagmarreformen öppnade även upp för möjligheten att introducera differentierade priser mellan primärvården och specialistvården, oberoende av skäl men möjligtvis grundat i ett försök att styra mindre krävande vård till primärvården med en lägre avgift där än i

⁷ 53,13kr i dagens penningvärde (Statistiska Centralbyrån, 2015a)

⁸ 2 268,77kr i dagens penningvärde (Statistiska Centralbyrån, 2015a)

specialistvården. 10 regioner och landsting avgiftsdifferentierade direkt (Socialstyrelsen, 2000), och år 2015 ar det enbart 3 landsting som fortfarande använde sig av enhetliga patientavgifter (SKL, 2015). Skyddet för barn och unga stärktes ytterligare år 1998 då samtliga landsting införde avgiftsfri vård vid besök i öppenvården (SOU 2012:2).



Figur 1: Patientavgifter i genomsnitt för 1990-2000 i 2015 års kronor (Socialstyrelsen, 2000; Statistiska Centralbyrån, 2015)

I figuren ovan visas att även om patientavgifterna har ökat över tid ligger ökningen framförallt hos specialistvården, där skillnaden ökade ytterligare år 2000. Differentiering kan därför ses ha fått en större roll över tid, medan det inte finns några urskiljbara ökningar i priset för att uppsöka primärvården över tidsperioden.

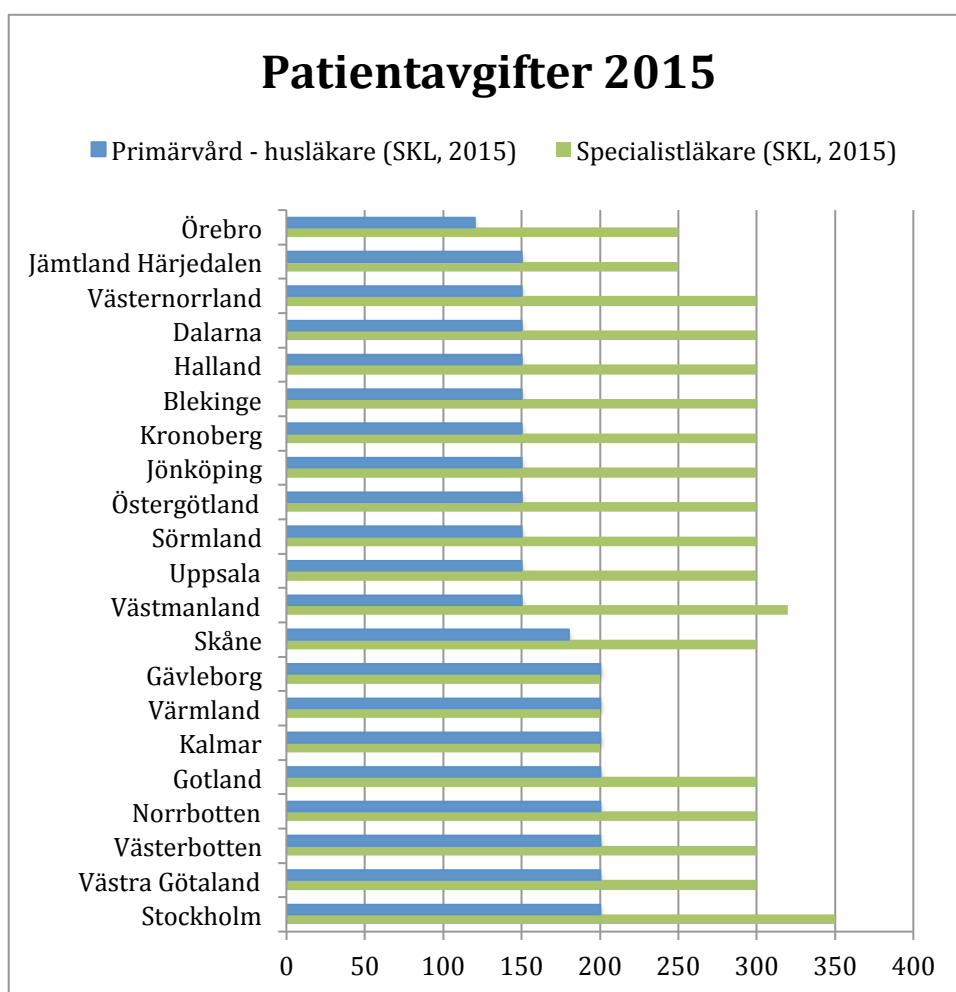
2.2 Patientavgifter idag

Patientavgifter ämnar som tidigare nämnt att uppfylla två huvudsakliga syften: som policyredskap för att minska och styra vårdkonsumtionen samt som en källa för finansiering av sjukvårdens omkostnader. I jämförelse med omvärlden är avgifterna i den svenska vården varken höga eller låga, men besökskostnader något högre samt även vanligare (Anell, 2014). Individen skyddas dock i längden av högkostnadsskyddet.

Kostnadsutvecklingen av patientavgifterna tog ett steg uppåt i samband med avregleringen 1991, men har därefter utvecklats uppåt från 60 kr⁹ 1990 till genomsnitt på 169 kr/284 kr 2015. Utöver dagens skillnad mellan primär- och specialistvården tillkommer även skilda typer av avgiftsdifferentiering för patienter som remitteras från primärvården till specialistvården i några landsting. En fullständig tabell för patientavgifter i primär- och specialistvården år 2015 återfinns i Appendix B, Tabell 1. Även om ökningarna har varit

⁹ 90,75kr i dagens penningvärde (Statistiska Centralbyrån, 2015a)

begränsade för patientavgifterna har högkostnadsskyddet emellertid sett större förändringar över tid. Det gemensamma taket för både läkemedel och sjukvård kom att tryckas hela vägen upp till 2200kr år 1996¹⁰, för att sedan minska ner till dagens 1100kr då dagens form av högkostnadsskydd, med separering av sjukvård och läkemedel, introducerades år 1997 (SOU 2012:2). Högkostnadsskyddet skiljer sig idag inte mellan regioner, förutom i ett fall, Landstinget Örebro, som har valt att enbart kräva utgifter på 900 kr under 12 månader för att man ska uppnå gränsen för fri öppenvård (SKL, 2015).



Figur 2: Patientavgifter i primär- och specialistvården i de olika regionerna år 2015 (SKL, 2015)

Då patientavgifterna bestäms av de 21 landstingen och regionerna är organisationen av sjukvården ytterst en fråga under politisk styrning och påverkas därav av ett stort antal faktorer samt ideologiska tankar (SOU 2016:2). I dagens utformning kan patientavgifterna anses vara förhållandevis godtyckliga priser då det är svårt att enkelt hitta dokument som explicit styrker varför ett visst landsting väljer att exempelvis höja sin avgift med 100 kr (för exempel se Epilog).

¹⁰ 2701,18kr i dagens penningvärde (Statistiska Centralbyrån, 2015a)

Avgiften för besök i primärvården i Skåne samt Västra Götaland är även differentierad mellan besök hos vårdcentralen där man är listad jämfört med besök hos övrig primärvården. I tabellen ovan anges genomsnittet av de två besökskostnaderna. Som kan ses i tabellen finns det få regioner som inte tillämpar prisdifferentiering mellan primär- och specialistvården. Inte heller ses några tydliga geografiska mönster, då de fyra med högst avgift återfinns både i Götaland, i Svealand samt i Norrland.

2.2.1 Patientavgifter och kostnadsfinansiering

Finansiering av vården kan inhämtas från offentliga källor (skatter), privata sjukvårdsförsäkringar eller patientavgifter. Det svenska systemet använder sig framförallt av skatter som finansieringsmedel, motiverat av att ”vård på lika villkor” enbart kan uppnås på detta sätt (Socialstyrelsen, 2011). I Europa är det vanligt att patientavgifter används för kostnadskontroll, medan offentliga utredningar i Sverige framförallt framhåller patientavgifternas styrande funktion; egenavgifter motsvarar ca 16-17 % av hälso- och sjukvårdens totala kostnader, men där enbart 2 % kommer från öppenvården. Dessa siffror har varit i stort sett konstanta sedan 1990-talet, och patientavgifter kan därför anses ha en relativt begränsad roll som finansieringskälla (Socialstyrelsen, 2011; SOU 2000:91; SOU 2012:2). I ett samhällsperspektiv är det emellertid en relativt stor siffra, då den svenska sjukvårdens omkostnader står för ungefär 10% av BNP (SOU 2012:2), och patientavgifterna från öppenvården är därmed ej försumbara intäkter.

Utöver patientavgifternas begränsade bidrag finansieras svensk sjukvård till största del av landsting- och kommunalskatter, vilket innebär att vårdinsatser i en stor utsträckning frikopplas från betalningsförmåga. Utöver skattefinansiering tillkommer även statsbidrag som har en ekonomiskt utjämnande funktion mellan olika sjukvårdshuvudmän, vilket innebär att alla regioner och landsting oavsett skatteunderlaget storlek får ett likvärdigt finansieringsunderlag per invånare. Målet med detta är att begränsa effekterna av strukturella behovs- och kostnadsskillnader mellan olika regioner. Utöver detta använder staten även sig av riktade statsbidrag för specifika behovstyper (Socialstyrelsen, 2002). Således finns det långtgående försök skapa jämlikhet i vården på finansieringsplanet, vilket öppnar för möjligheten att återstående ojämlikhet mellan olika regioner framförallt beror på faktorer som påverkar efterfrågan av vård och patienters vårduppsökande, däribland patientavgifter.

2.3 Regionala och socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande

Målet med patientavgifter är inte i sig att ta betalt av de med behov av vård, utan att kapa överkonsumtion och göra det möjligt för patienter med störst vårdbehov att få tillgång till vård. Vårdbehovet, som diskuteras vidare i nästa kapitel, skiljer sig mellan olika socioekonomiska och regionala grupper så som mellan olika kön, beroende på utbildningsnivå

samt efter inkomst. Patientavgifter är inte lösningen på hälsoskillnader då de t.ex. inte differentieras utifrån behov av vård, men det är viktigt att de inte sätter upp ytterligare problem för utjämning av hälsoskillnader om de som påverkas av avgifterna är de som har störst ohälsa.

Som nämnt i introduktionen är den svenska hälsan i jämförelse med omvärlden på många sätt mycket god, och kanske även bland de bästa i världen. Över tiden har hälsan kommit att bli allt bättre, men de relativt stora skillnader som finns mellan olika sociala grupper kvarstår (SKL, 2009). Medelålders och äldre har bättre utveckling än yngre och män åtnjuter en bättre utveckling än kvinnor. Skillnaderna kan även ses mellan låg- och högutbildade samt mellan arbetare och tjänstemän (Socialstyrelsen, 2011).

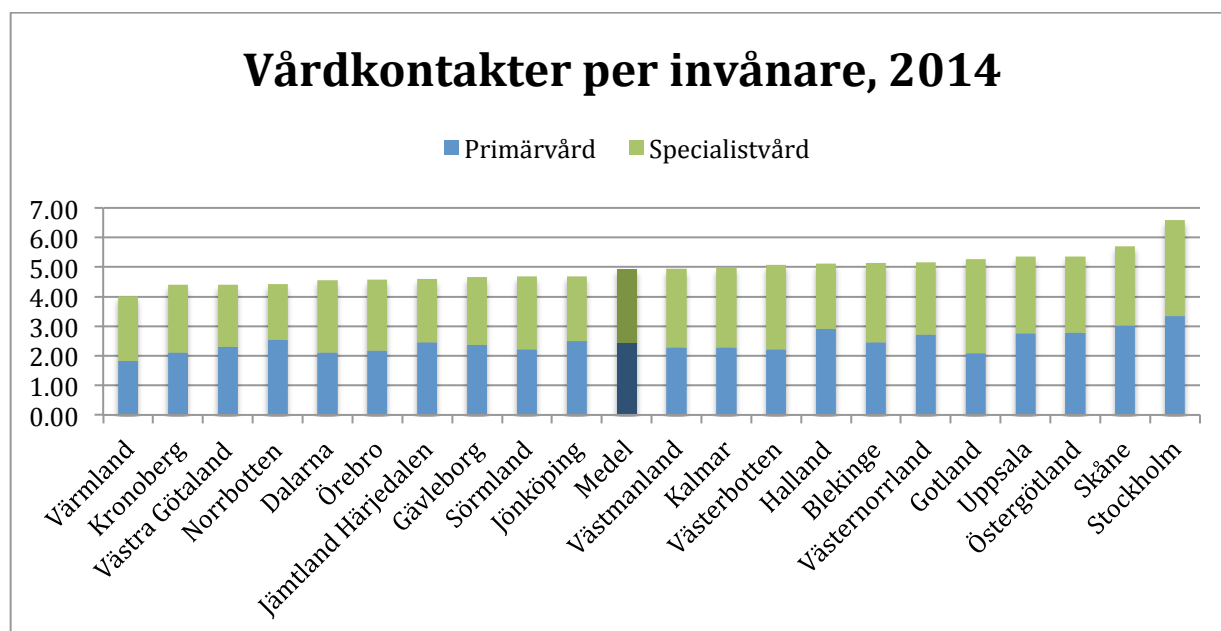
I en rapport från Socialstyrelsen (2011) visas att socioekonomiska skillnader i hälsa och vård ofta är större än regionala. Bland annat skiljer sig socioekonomiska grupper åt såtillvida att både risken att dö i förtid samt graden av undvikbar slutenvård är mer än dubbelt så stor hos lågutbildade jämfört med högutbildade. Dessa resultat visar inte bara på icke-monetära kostnader i termer av lägre livskvalitet, utan även stora faktiska kostnader då skillnaderna estimeras till 1 miljard kronor i direkta kostnader samt ytterligare 5 miljarder i indirekta kostnader från produktionsbortfall (Socialstyrelsen, 2011).

Utöver socioekonomiska skillnader i hälsa finns det en mängd faktorer vilka spelar in för att skapa regionala skillnader i hälsa. Socialstyrelsen rapporterar att hälsan generellt sett är bättre i söder jämfört med i norr, samt att storstadsområden har bättre hälsa än små, mer isolerade, samhällen. Skillnader inom städer är stora i storstäder där även psykiska ohälsa är vanligare jämfört med glesbygden där den fysiska hälsan är sämre (Socialstyrelsen, 2011). I direkta tal visar rapporten att cirka 20-25% av skillnaden i medellivslängd kan förklaras av om man bor i en låg- eller höginkomsttagarkommun. Vidare talande är att skillnaderna i ohälsotal förklaras i ännu större utsträckning av kommuntypen: 33% av skillnaderna för kvinnor och 40% av skillnaderna för män (Socialstyrelsen, 2011).

Bland vanliga indikatorer på god hälsa är medellivslängd och avsaknaden av kronisk sjukdom. Medellivslängden skiljer sig med upp till 2 år mellan olika regioner, för både kvinnor och män. För individer med högre utbildning har utvecklingen i medellivslängd varit mer gynnsam än för lågutbildade. Exempelvis har medellivslängden för en kvinna med låg utbildningsnivå, till skillnad från andra grupper, i princip inte ökat alls de senaste 30 åren (Socialstyrelsen, 2014; Dir. 2025:60).

Liknande hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper finns för nästan alla typer av vårdbehov, från hjärtinfarktsrisk till tandhälsa. Även samhällsförändringar så som en växande andel äldre, urbanisering och migration bidrar till hälsoskillnader (Dir. 2025:60), vilka även kan komma att skilja sig mellan olika regioner då förändringarna har olika inverkan på t.ex. Malmö med närhet till kontinenten och hög invandring jämfört med Norrbotten med negativ befolkningsutveckling och stor glesbygd.

Antar vi för enkelhets skull att vårdbehov matchas exakt av vårdkontakter så skulle till exempel de socioekonomiska egenskaperna hos Stockholms län, med högre medelinkomst och utbildningsnivå, tala för att vårdbehovet borde vara lägre (färre vårdkontakter) och betalningsförmågan större (högre patientavgifter). I nedanstående tabell visas antalet genomsnittliga vårdkontakter i de olika regionerna:



Figur 3: Vårdkontakter per invånare per år för den offentliga öppenvården i de olika regionerna och landstingen, för år 2014, samt uträknat medelvärde (SKL, 2014)

Vi kan därav dra en preliminär slutsats att vårdbehovet ej direkt matchas av den konsumtion som vi ser i de olika regionerna. Skillnader i vårdkonsumtion kan motivera förändringar i patientavgifterna med stöd i två enkla tolkningar: borde *höja* i fall med fler vårdkontakter för att kapa överkonsumtion i större grad, alternativt borde *sänka* i fall med fler kontakter då det kan innebära mer sjuka individer och en stor ekonomisk belastning för dessa. Båda dessa alternativ kan länkas till den ekonomiska teori som presenteras i kapitel 4, men vad som redan nu är tydligt är att det ej är självklart varför antalet vårdkontakter skiljer sig mellan de olika regionerna och huruvida patientavgifterna bidrar till att hälsoskillnaderna i olika regioner ej utjämnas.

Om hälsan vore lika över landet och patientavgifterna exakt kapar överkonsumtion så skulle genomsnittliga sjukvårdsutgifter matcha medelinkomst vid en jämförelse mellan olika regioner. Vid enklare undersökningar av korrelationer mellan genomsnittliga sjukvårdsutgifter och medelinkomst ser vi över landet ett svagt positivt samband, men som i första hand dras uppåt av Stockholm (se Appendix A, Figur 1). Stockholms läns landsting är till viss del ett extremvärde i sammanhanget, då både utgifter och medelinkomst är långt högre än resterande delar av landet. Exkluderar man emellertid Stockholm är sambandet lågt (se Appendix A, Figur 2), med en ytterst liten del av variationen i sjukvårdskostnader som förklaras av medelinkomsten i de olika regionerna. Således kan vi dra slutsatsen att även om

olika regioner skiljer sig i fråga om sjukvårdsutgifter så gör de det ej på grund av varierande medelinkomst.

En enklare rangordning av hög utbildningsnivå gentemot antal vårdkontakter per invånare för de olika regionerna ger ett nästan perfekt linjärt resultat, dvs. för alla län utom ett är rangtalet för andel högutbildade exakt samma som för antal vårdkontakter (se Appendix A, Figur 3). Detta föranleder således hypoteser kring påverkan av utbildningsnivå på vårdkonsumtion, något som även behandlas i de ekonomiska teorier kring vårdefterfrågan som presenteras senare. Utöver detta antyder även det här resultatet att skillnader i hälsa och vårdutnyttjande över landet kan komma att påverkas av underliggande socioekonomiska skillnader.

3 Begreppsdiskussion

3.1 Länken mellan hälsa, behov och efterfrågan

För att skapa klarhet i studiens diskussion bör begreppen *hälsa*, *behov*, *efterfråga* och *jämlikhet* analyseras lite närmare, något som dock är någorlunda komplicerat då begreppen kan uppfattas och mätas på många olika sätt. Både utredningen samt propositionen bakom hälso- och sjukvårdslagen valde att utgå från Världshälsoorganisationens mycket breda definition av hälsa som ”a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (World Health Organization, 2003). Ansvar för att uppnå detta faller inte enbart på sjukvården utan även på bl.a. arbetsmarknadens parter, Försäkringskassan, socialtjänst och miljövårdsorgan (Prop 1981/82:97). Denna något utopiska definition med diffusa gränser är svår att operationalisera i en diskussion av ekonomisk teori kring vårdefterfrågan relativt till hälsa, då tillgängliga mått enbart utgörs av medicinsk hälsa (härefter benämnt *professionellt bedömd hälsa*) samt självuppskattad hälsa (härefter benämnt *upplevd hälsa*).

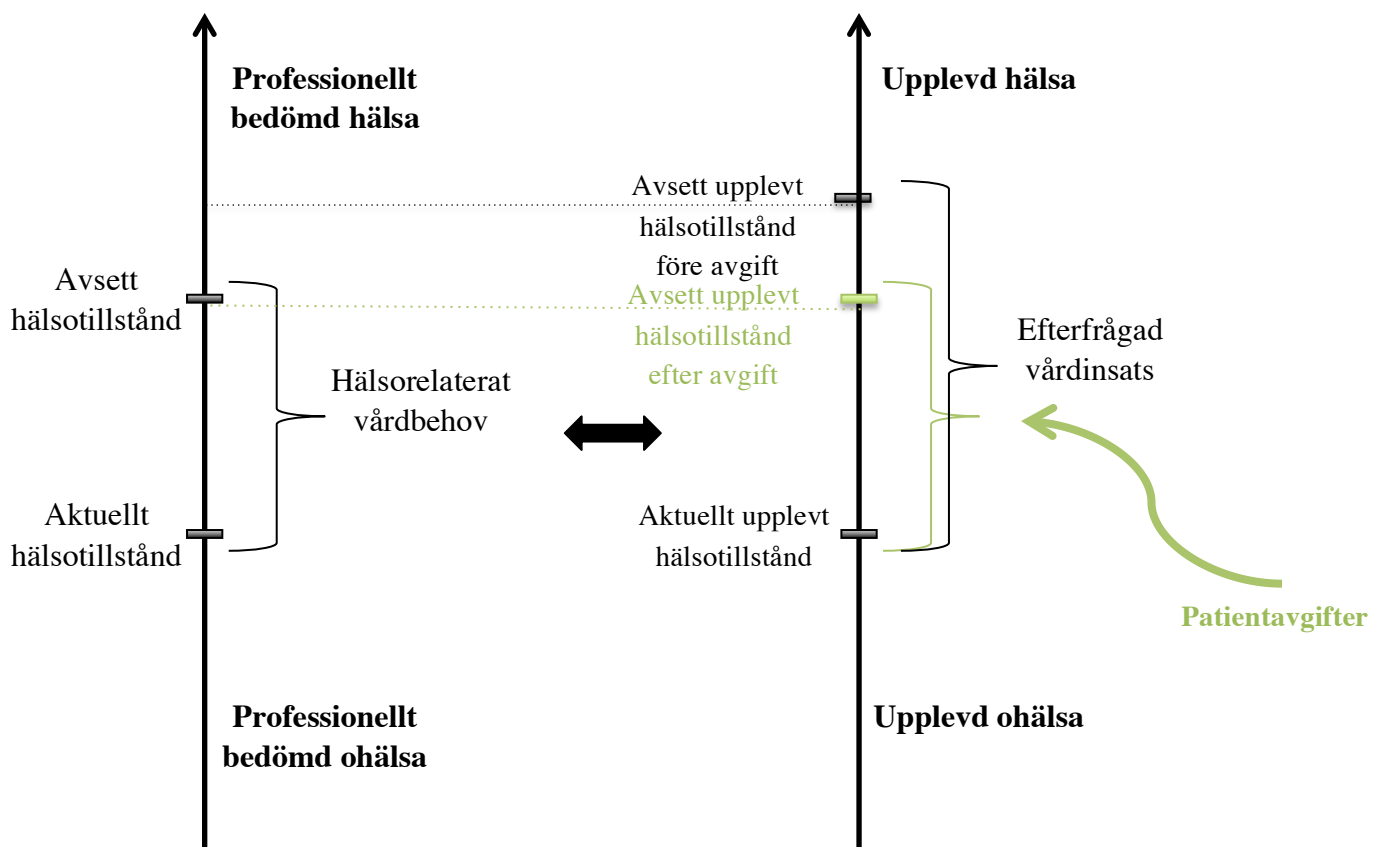
Då individer tillfrågas varför de uppsöker vård är det vanligaste svaret, som förväntat, ”för att de behöver det”. Detta behöver ej nödvändigtvis innebära att behovs- och efterfrågebegreppen är de samma, utan Morris, Devlin och Parkin (2007) påpekar istället att behov innebär ett påbud för individen att utnyttja sjukvård då det hanterar ett hälsoproblem. Efterfrågan innefattar, i kontrast till behovet, en villighet samt möjlighet att betala för sjukvård (Morris, Devlin & Parkin, 2007). Mooney (1986) utvecklar ett liknande resonemang genom att påpeka att efterfrågebegreppet innefattar en individs egen uppfattning om fördelarna av sjukvård, medan behovsbegreppet innebär någon form av effektivitetsuppfattning för sjukvården, möjlighet att se över olika sätt att möta behovet samt hantering av resursbegränsningar. Således är efterfrågan ett individspecifikt begrepp baserat på egna förutsättningar samt preferenser, medan behov kan bestämmas utanför individen. Båda begrepp kan emellertid ge grund åt resursfördelning, om än med möjligtvis olika utfall.

Begreppet på ”lika villkor” är centralt för jämlikhetsanalyser, och vanligtvis hanteras just ”vård på lika villkor” med betydelsen av ohälsa för vårdkonsumtion (Haglund och Rosén, 1996). Därför studeras i jämlikhetsundersökningar för vården ofta förekomsten av ohälsa eller sjukvårdsbehov i befolkningen vilket relateras till vårdutnyttjande, i form av exempelvis tillgängligheten eller kontakter med vården. Tillgänglighet förklaras i linje med vertikal

jämlikhet, lika behandling för lika ohälsa, och vårdbehovet speglar därmed vårdutnyttjandet direkt. Två individer med samma ohälsa har således lika behov och bör därmed utnyttja vården i lika utsträckning om jämlikhet ska råda. Men den omvända relationen, att vårdutnyttjande speglar vårdbehovet, behöver nödvändigtvis ej gälla då det krävs att man även ser till fördelningen av otillfredsställda vårdbehov för att få en fullständig bild för att kunna hantera skillnaden mellan behov och efterfrågan (SKL, 2009; Socialstyrelsen, 2009). Det finns alltså en diskrepans mellan behov och utnyttjande, eller snarare mellan behov och efterfrågan.

När man behandlar efterfrågan på vård är det sålunda viktigt att skilja på vårdutnyttjande och vårdbehov, dvs. även om det är vanligare med läkarbesök bland äldre, de med försämrat hälsotillstånd samt de med kroniska sjukdomar och detta rent principiellt stämmer med vad vi vet om hälsa och vårdbehov, så svarar det ej fullt ut på om vårdbehovet är generellt uppfyllt. Mätningar av ohälsa kan påvisa större skillnader mellan olika grupper än skillnader i själva utnyttjandet av vården (Socialstyrelsen, 2009).

För att förklara varför lika ohälsa ej direkt gör utslag i lika vårdutnyttjande kan med inspiration från den grafiska beskrivningen av relationen mellan aktuellt och avsett (efterfrågat) hälsotillstånd som ges i Socialstyrelsen (2006, s. 14) följande begreppsöversikt uppmålas;



Figur 4: Grafisk åskådliggörning av hälsobegreppet. Källa: uppsatsförfattaren, med inspiration från Socialstyrelsen (2006, s. 14).

Figuren ovan visar således relationen mellan de två individperspektiven på hälsa; professionellt bedömd hälsa samt upplevd hälsa. Avsett hälsotillstånd är eftersträvd nivå av hälsa medan aktuellt hälsotillstånd är den faktiska nivån, båda formulerade genom professionella bedömningar. Därmed utgör det hälsorelaterade behovet skillnaden mellan avsett och aktuellt tillstånd och det är denna nivå på vårdinsatser som optimalt bör sättas in. Individens upplevda hälsotillstånd, vare sig det aktuella eller det avsedda, behöver inte sammanfalla med den medicinska bedömningen. Då individen själv tar beslut kring vårduppsökande efter egen uppfattningsförmåga kommer efterfrågad vårdinsats vara skillnaden mellan aktuellt och avsett *upplevt* hälsotillstånd. Efterfrågan skapas i den upplevda bedömningen och det är således här som patientavgifterna spelar in. Patientavgifternas syfte är att kapa de efterfrågade vårdinsatser som kommer från ett avsett *upplevt* hälsotillstånd ovanför avsett hälsotillstånd, dvs. individen efterfrågar mer vårdinsatser än det hälsorelaterade vårdbehovet utgör. Detta kan ses i grafen genom de gröna illustrationerna vilka flyttar ner avsett upplevt hälsotillstånd efter avgift.

Det professionellt bedömda och det upplevda hälsotillståndet är inte separata utan delvis ömsesidigt påverkade av varandra; individers uppfattning kan vara mer eller mindre grundade i hälsorelaterat vårdbehov. Diskrepansen mellan de två skiljer sig mellan olika individer vilket gör det svårt att enkelt generalisera efterfrågan samt gör att möjliga effekter av patientavgifter kan komma att variera mellan individer.

3.1.1 Att avstå från vård trots upplevd ohälsa

En signifikant andel av befolkningen avstår från att uppsöka vården, trots att de själva anser sig ha ett behov av detta. Även om anledningarna är många är det viktigt att påpeka att det är allt vanligare bland personer med allvarligt nedsatt hälsa, där en av tre säger sig ha avstått de senaste tre månaderna. Då ekonomiska skäl är en av de möjliga anledningarna tyder det på att det hälsorelaterade vårdbehovet hos de mest behövande ej uppfylls, vilket innebär att jämlikhetskravet inte uppfylls (Socialstyrelsen, 2009).

Att avstå från vård trots upplevd ohälsa innebär att patienten ser en *barriär* till vården, men patientens upplevelse behöver ej innebära att det finns en reell barriär. Exempelvis så kan den upplevda barriären bero på faktorer utöver priset; tidigare negativa erfarenheter av vårdkontakter, språkförbistringar eller oförmåga att ta sig till vårdgivare (Folkhälsomyndigheten, 2016). Av intresse för denna studie är dock skillnader mellan betalningsförmåga och betalningsvilja, dvs. skillnaden mellan reella och upplevda barriärer. Exempelvis kan studenter med tillräcklig inkomst ha förmågan att uppsöka vård vid behov, men anse att kostnaden är för hög relativt till andra mer önskade utgifter.

3.2 Jämlik vård

Hälso- och sjukvårdsmarknaden är av flera anledningar inte en perfekt marknad. Vanligt förekommande imperfektioner så som avsaknad av fullständig information och konkurrens utan pris ger grund för att intrång på konsumentsoveränheten, dvs. så kallad paternalistiska åtgärder, kan vara att föredra (Gerdtham & Sundberg, 1997). Centralt för dessa intrång är vanligtvis att jämlikheten upprätthålls, men kompliceras av en myriad av ofta motsägande uppfattningar om vad jämlikhet och jämställdhet bör innebära på hälso- och sjukvårdsmarknaden (Westin et al, 2004).

Culyer och Wagstaff (1993) redogör för fyra olika definitioner av jämlikhet i vården: fördelning efter behov, likhet i utnyttjandet, likhet i tillgång samt likhet i hälsa. Fortsättningsvis menar de att dessa definitioner är ömsesidigt uteslutande i implementeringen, oberoende av hur behov och tillgång till vård definieras. I enlighet med Grossmans teori, vilken jag återkommer till i nästa kapitel, kommer individer födas med olika initiala hälsostocker, det finns således från födelsen olikheter i hälsa mellan individer (Grossman, 1972). Utöver detta är sjukdom till viss del oberoende av individens egna val kring investeringar i hälsostocken, och således kan likhet i hälsa anses vara mycket svårt att uppnå (Westin et al, 2004). Vidare påpekar Gerdtham (1997) att det närmsta vi kommer en jämlik fördelning av hälsa är en jämlik fördelning av tillgång till sjukvård och jämlikhet behandling. Culyer och Wagstaffs övriga tre definitioner är emellertid mer lätthanterliga, och delas vanligtvis in i två olika kategorier: fördelning efter behov är en typ av horisontell jämlikhet medan likhet i utnyttjande samt i tillgång är former av vertikal jämlikhet.

Horisontell jämlikhet refererar till lika behandling av lika behov, dvs. huruvida de som är lika med hänsyn till hälsa har lika tillgång till sjukvård. I fråga om behandling inom sjukvården blir även horisontell jämlikhet relevant, lika fall ska behandlas lika. *Vertikal jämlikhet* å andra sidan refererar till olika behandling av olika, dvs. huruvida de som är olika med hänsyn till hälsa får olika del av sjukvårdens resurser, i enlighet med deras specifika olikhet. För att klargöra: vertikal jämlikhet kan dels ses som att de med större behov tilldelas den större delen av resurserna, men även som att de som är olika med hänsyn till inkomst är olika i fråga om hur mycket de behöver betala för sjukvård (Morris, Devlin & Parkin, 2007; SKL, 2009).

Vad dessa två jämlikhetsperspektiv emellertid har gemensamt är att empiri vanligtvis visar att både vertikal och horisontell jämlikhet nästan alltid är till de socialt utsattas nackdel (SKL, 2009).

I appliceringen av jämlikhetsbegreppet på patientavgifter och dess konsekvenser åskådliggörs konflikten mellan det moraliska påbudet av jämlikhet och sjukvårdens drag av kollektiv vara å ena sidan och å andra sidan det finansiella påbudet av övergripande kostnadsbegränsning och intern kostnadseffektivitet (Saltman & Figueras, 1997). Förståelsen av ett jämlikt sjukvårdssystem kommer att präglas av normativa värderingar kring vilka komponenter av modellen för vårdutnyttjande som är avgörande för jämlikheten. I fråga om patientavgifter

exemplifierar Haglund och Rosén (1996) detta med att inkomst anses vara en ojämlik determinant av vårdutnyttjande för exempelvis mödravårdstjänster, medan i vissa fall, så som för plastikkirurgi, anses inkomst vara en acceptabel faktor. Detta exempel kan anses något förenklat, då de mer intressanta gränsdragningarna är när ett vårdbehov har olika behandlingar, och frågan är om inkomst är en acceptabel faktor för köp av tilläggstjänster, t.ex. val av multifokal lins vid katarakt (se exempelvis Anell (2014)).

3.2.1 Jämlikhetsbegreppet i svensk social- och hälsopolitik

Svensk social- och hälsopolitik har kommit att präglas av en humanistisk människosyn och teorier, vilka enligt Nationella folkhälsokommittén (SOU 1999:137) idag har likheter med bl.a. filosofen John Rawls idéer kring ”justice as fairness”. Alla människor är lika mycket värda, och har lika rätt till de friheter som kan förenas med friheter för alla individer. Individen är en aktivt handlande, ansvarig social varelse som eftersträvar ett liv i enlighet med egna önskemål och faktiska behov. Ansvar för den egna hälsan underlättas emellertid av ekonomiska och sociala resurser, och social- och hälsopolitiken i stort utformas således med individens behov av egenansvar som grund. Ojämlikhet måste således anknytas till roller i samhället för vilka alla har, i princip, lika konkurrensmöjlighet, samt ojämlikhet måste vara till de minst gynnas fördel. Social- och hälsopolitiken tar således avstånd från en mer deterministisk syn på individen, och fokus är inte på jämlikhet i sjukdom och dess bestämmande faktorer, utan snarare på jämlikhet i konsekvenserna av sjukdom. Jämlikheten blir således ett redskap för effektiviteten, och ej det motsatta (SOU 1999:137; SOU 2000:91)

Den svenska hälsopolitiken präglas alltså av centrala idéer kring rättvisa och Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5) presenterar tre fundamentala principer för hälso- och sjukvården:

- *Människovärdesprincipen*: grundläggande är att alla människor har lika värde och samma rätt, oberoende personliga egenskaper och funktioner i samhället, men detta är inte ensamt tillräckligt för prioriteringar då resursbegränsning gör att alla inte kan få vad de vill samtidigt.
- *Behovs-solidaritetsprincipen*: resurserna bör fördelas dit behoven är störst, och behoven hos de som inte är medvetna om sitt människovärde bör beaktas särskilt då de själva inte kan utnyttja sina rättigheter till fullo.
- *Kostnadseffektivitetsprincipen*: bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt i form av förbättrad hälsa och livskvalitet, men principen tillämpas endast vid jämförelse av metoder för behandling av samma sjukdom. (SOU 1995:5)¹¹

¹¹ Under dessa tillkommer även principer kring nytta (val ska prioriteras om de ger störst nytta för flest, ur ett individperspektiv), efterfrågan (mest efterfrågade blir det mest satsade på, p.g.a. viss samvariation mellan efterfrågan och behov men enbart om de tre grundprinciperna gäller) samt slutligen ekonomisk förmåga (får ej ha inflytande för vårdbeslut, men kan ej hindra individer från att själv bekosta utökade vårdmöjligheter). (SOU 1995:5)

För att lyfta dessa principer till diskussionen i denna uppsats kan människovärdesprincipen sägas knyta an till horisontell jämlikhet medan behovs-solidaritetsprincipen representerar en applicering av vertikal jämlikhet (SKL, 2009; Socialstyrelsen, 2002). Rangordningen mellan människovärdes- och behovs-solidaritetsprincipen är ej självklar, men det är tydligt att de båda tillsammans går före kostnadseffektivitetsprincipen (SOU 1995:5; Prop 1996/97:60). Horisontell och vertikal jämlikhet stöts mot varandra; det är oklart huruvida hälso- och sjukvårdslagen bör tolkas som en strävan efter att individer som lider av samma åkomma (behov av vård) även ska behandlas lika (samma vårdkonsumtion) före att låta de med större behov få större del av resurserna. I en anknytning till patientavgifterna leder detta till att individer med samma (professionellt bedömda) vårdbehov inte på grund av patientavgifterna ska stängas ute jämfört med andra med samma vårdbehov, utan istället bör sjukvårdshuvudmännen garantera att de ges lika möjlighet att uppnå samma vårdkonsumtion.

En differentiering av patientavgifterna kan användas för att uppnå jämlikhet utefter behov; patienter med mindre (professionellt bedömt) vårdbehov ska stängas ute från att konsumera vård som egentligen bör ges till de med större (professionellt bedömt) vårdbehov. Den teoretiska möjligheten att patientavgifterna styr vårdutnyttjandet mot de med större vårdbehov utan att samtidigt stänga ute patienter med lika vårdbehov men olika betalningsförmåga, belyses fortsättningsvis i uppsatsen med grund i ekonomisk teori kring vårdefterfråga för att ge en mer fullständig förståelse kring individens uppfattning av kostnader på hälso- och sjukvårdsmarknaden.

4 Ekonomisk teori

Samhällsvetenskapen förklarar vanligtvis uppkomsten av hälsoskillnader med att individer har givna förutsättningar, så som kön, ålder och genetiskt arv, vilka gemensamt med livsvillkor, omgivning och socioekonomiska förutsättningar påverkar hälsoliv, sjukdomsrisk och vårdbehovet (SKL, 2009). Inom national- och hälsoekonomin konkretiserades dock dessa uttryck i konsumentvalsteorier, där hälsa antingen ses som en av vara över vilken individen har tydliga preferenser, eller i form av humankapital modeller med hälsa som både utfall och nyttokälla. Generellt sett är hälsa således både efterfrågad, och i det senare fallet även producerad av individen, medan sjukvård ej är efterfrågad för sin egen skull, utan enbart efter sin inverkan på hälsan (Grossman, 1972; Morris, Devlin & Parkin, 2007; Jack, 1999).

Producenter på hälso- och sjukvårdsmarknaden är således dels individer för hälsa och läkare, sjukhus, läkemedelstillverkare och liknande aktörer för vård. Marknaden för sjukvård är emellertid präglad av marknadsmisslyckanden på grund av asymmetrisk information samt normativa ställningstagande liknande diskussionen i kapitel 3. Utöver privata individer och producenter är även staten i många länder en central aktör i produktionen av hälsa- och sjukvård. På efterfrågesidan återfinns enskilda individer som patienter, men beroende på var fokus ligger kan man även studera hushåll som konsumenter av vård (Morris, Devlin & Parkin, 2007).

I balansen mellan efterfrågande patienter och utbudande sjukvård finns även försäkringsbolagen. Deras roll är i privata system att erbjuda den risk aversa konsumenten inkomstutjämnning, medan staten agerar försäkringsgivare i offentliga sjukvårdssystem så som Sverige. Att det finns en försäkringsgivare ger en inverkan på relationen mellan patienten och vårdgivaren, inte minst då statliga system garanterar sjukvård till ett lägre pris för konsumenten än privata lösningar (Morris, Devlin & Parkin, 2007).

4.1 Efterfrågan av hälsa och vård

Hälsa kan inte i sig köpas på marknaden, så även om individen ser ett egenvärde i hälsan, finns det ej någon marknad för den. Sjukvård däremot är köp- och säljbart, och hälsa kommer indirekt att efterfrågas och utbudas på marknaden för sjukvård (Morris, Devlin & Parkin, 2007). För att beskriva individers val av sjukvårdstjänster, dvs. deras efterfrågan på hälsa och vård, har framförallt två teorivägar utvecklats. Enklare modeller använder hälsa som en av flera varor över vilka individen har tydligt definierade preferenser medan Grossman (1972)

presenterade en intertemporal modell där hälsa ges form av en hälsostock inom en humankapitalram (Jack, 1999). Båda dessa teorier är emellertid former av så kallade härledd efterfrågan modeller för sjukvård; efterfrågan på sjukvård ges av efterfrågan på hälsa (Kruse & Ståhlberg, 2013). Således grundas efterfrågan på hälsa och vård i ett antagande om att individer drar nytta från två typer av varor: hälsa (H) och alla andra ”grundläggande” varor (O) enligt (Morris, Devlin & Parkin, 2007):

$$U = U(H, O)$$

Utöver detta är det även relevant att notera att givet normala förhållanden är valet att konsumera av sjukvård ej är något de flesta skulle önska sig. Efterfrågan på sjukvård beror således på hälsostatus och ger en mycket speciell marknadssituation. Fortsättningsvis är efterfrågan av vård inte begränsad till enbart en fråga om hur mycket, utan även om vilken typ av vård då vårdtjänster är mycket differentierade tjänster och det är frågan om ett diskret val (Jack, 1999).

4.1.1 Grossmans modellen

I det främsta försöket att modellera efterfrågan på hälso- och sjukvårdsmarknaden presenterar Grossman en modell där sjukvårdstjänster värderas i termer av deras potential att förbättra produktiviteten (Jack, 1999). Hälsa beskrivs i form av en hälsostock (HS) vilket deprecierar (d) över tid, och då vanligtvis även i ökande takt med åldern:

$$HS_t = HS_{t-1} - d_t + I_t$$

Hälsan kan påverkas positivt av endogena investeringar (I) som en funktion av sjukvård, tid spenderad i produktion av hälsa samt utbildningsnivå¹² (Grossman, 1972; Morris, Devlin & Parkin, 2007).

Vidare antar Grossman att individen nyttomaximerar givet restriktioner på tid samt utgifter; en individ kan inte spendera mer än den tjänar och då tid på arbete har en alternativkostnad i form av minskad tid för sjukdom, hälsoinvesteringar samt produktion av andra varor ger allokering av tid även det en restriktion. Således kan individen själv påverka sin framtida hälsa, om än enbart i begränsad omfattning. Intressant i uppbyggnaden av restriktionerna är att tid för sjukdom ej är detsamma som tidsinsats i investeringar: periodiska läkarbesök behöver ej betyda att man är sjuk, utan ses som en investering i hälsokapitalet. Utöver detta ger även utgiftsbudgeten att tid som spenderas på arbete kommer bero på kostnaden av bl.a. sjukvård (Grossman, 1972; Morris, Devlin & Parkin, 2007; Zweifel & Manning, 2010).

¹² Därav ses sjukvård som en central komponent i produktionen av hälsa, även om andra hävdar att det bör inkluderas fler hälsofrämjande investeringsvaror så som läkemedel eller motion. För denna uppsats syfte är emellertid sjukvård huvudsakligt fokus och vi kan således nöja oss med att inkludera detta.

Nyttomaximering innebär att vårdkonsumtion sker där marginalnyttan av hälsokapitalet är lika med marginalkostnaden av att uppsöka vården. Grossman specificerar att marginalnyttan består av två delar: konsumtionsnytta från åtnjutandet av hälsa från investeringar i hälsa samt investeringsnytta från monetär avkastning på investeringar i vård. Marginalprodukten av hälsa (MP_{H_t}) å andra sidan mäts som antalet hälsodagar som genereras av en enhet hälsostock, vilket i sin tur kombineras med lönen (W_t) (då varje frisk dag kan användas för arbete) för att ge en marginal investeringsnytta. Jämlikhet infaller då:

$$MB_{M_t} = MP_{H_t} \times W_t$$

Således: investeringar i hälsa fortsätter till den punkt där marginalnyttan från investeringen (MB_{M_t}) är lika med marginalkostnaden som konsumenten möter på marknaden (Grossman, 1972; Morris, Devlin & Parkin, 2007).

Grossmans modell bygger på mycket strikta antaganden kring perfekt information och perfekt förutseende för hälsa, deprecieringstakten av hälsan samt effekten av sjukvård och övrig konsumtion på hälsan (Morris, Devlin & Parkin, 2007). För att kunna beräkna effekten av prisförändringar på individen krävs därmed att man kan beräkna en efterfrågan hos individen vilken kräver mer information än vad individen troligen själv tillförskaffar sig i sitt beslut att uppsöka vården.

4.1.2 En mer generell modell

Antar man till skillnad från Grossman att individen enbart har lite insikt i sin egen hälsostatus, både i nuet och i framtiden, samt även effektiviteten och tillgängligheten av olika behandlingar krävs en enklare modell av vård- och hälsoefterfrågan (Mooney, 1986). Efterfrågan av sjukvård beskrivs i enklare eller mer generella modeller med följande funktion:

$$D(HC) = f(p, Y, H, \dots)$$

Där HC är sjukvård, p är priset på behandling, Y är inkomst, H är hälsa vilket beror på flera olika variabler, däribland sjukvård enbart är en faktor. Utöver detta inkluderas även kost, motion, miljö och så vidare. Således är det ej frågan om en hälsostock och dess effekt på vårdefterfrågan, utan snarare ett tillfälligt hälsoläge samt priser för förändringar av hälsan, i nuet, som bestämmer efterfrågan. Efterfrågan beskrivs som negativt korrelerad med priset, så tillvida att ett högre pris leder till en lägre sjukvårdsefterfrågan (Kruse & Ståhlberg, 2013), även om hälsan och därmed ett icke-inkluderat behov ej förändrats.

Enligt denna modell kommer individen konsumera vård upp till den punkt där nyttan från en ytterligare konsumerad enhet är lika med priset, dvs. (Kruse & Ståhlberg, 2013):

$$MU_{HC} = p_{HC}$$

Det är således ej längre frågan om att själv kunna uppskatta marginalprodukten av hälsa, utan enbart huruvida nyttan av sjukvård (MU_{HC}) är lika med priset (p_{HC}), för att välja att uppsöka vården.

4.1.3 Effekter av förändring i efterfrågans determinanter

Även om de ovan presenterade modellerna skiljer sig i utformning kan de kombineras för att ge en förståelse av förväntade effekter på efterfrågan från förändringar i de bestämmande variablerna.

Antar vi att det med en ökande hälsostock blir allt svårare att generera hälsa genom investeringar, dvs. investeringar sker under minskande avkastning, så kan hypoteser för effekterna av förklarande variabler för efterfrågan på hälsa och sjukvård undersökas. Exempelvis kan teorin appliceras på ålder såtillvida att äldre individers hälsokapital deprecierar i en ökande takt, vilket innebär att de har ett relativt sämre hälsokapital än yngre individer. Detta skulle kunna förklara varför äldre kan vara mindre priskänsliga på sjukvårdsmarknaden, men effekterna kan dra åt olika håll beroende på individens önskade hälsostock (Morris, Devlin & Parkin, 2007)

En förändring i löner kommer påverka båda sidor av jämlikhetsekvationen i Grossmans modellen, då den ökar värdet av produktionen av hälsodagar då arbetstid är mer värdefullt men alternativkostnaden för tid ökar samtidigt och investeringar kräver tid som en insats. Trots detta kommer förändringen i löner att vara större då investeringar kräver även andra insatser, så avkastningen till hälsa kommer att öka för alla nivåer av hälsostock. Därav, en högre inkomst ger en högre efterfrågan på investeringar i hälsa (Morris, Devlin & Parkin, 2007). Lika så ger den enklare modellen att efterfrågefunktionen skiftar utåt vid högre inkomst, vilket leder till ökad hälsoefterfrågan då hälsan har ett "högre effektivt pris". Fortsättningsvis förklarar även den enklare teorin att priselasticiteten hos efterfrågan kan komma att variera med inkomst, med konsekvensen att höginkomsttagare är mindre känsliga för förändringar i vårdkostnader (Jack, 1999).

Utgiftsbegränsningen i Grossmans modell ger att konsumtion av vård givet ett högre pris kräver att individen arbetar mer alternativt spenderar mindre på andra varor. För en sjuk individ är det rimligt att tro att fler timmar i arbete ej är möjligt och det är således troligt att individer minskar övrig konsumtion, och om ej möjligt, inte uppsöker lika mycket vård givet ett högre pris.

Grossmans analys innebär även att högutbildade kommer att investera mer i sin hälsa än lågutbildade, då ett större humankapital leder till en mer effektiv produktion av hälsa men även en större inkomst. Mer utbildningen ger därigenom ökade möjligheter att se fördelarna med en god hälsa tydligare och ge prioritering för en mer hälsofrämjande livsstil samt investeringar i hälsa. Högre hälsonivå kommer därmed att samvariera med utbildning och ekonomi, men ger framförallt en ökad efterfrågan av hälsa och därmed sjukvård. Kan dock

även vara tvetydiga effekter då önskad hälsostock kan variera mellan individer (Morris, Devlin & Parkin, 2007)

Ytterligare en konsekvens av modellerna är att individer med lägre hälsa kommer ha en ökad efterfrågan av sjukvård, *ceteris paribus*, samtidigt som vi även kan förvänta oss att de har en lägre efterfrågan på hälsa, då priset på hälsa har blivit relativt högre (Jack, 1999).

4.1.4 Aggregering av efterfrågan på sjukvård

Analys på individnivå ger möjligheter att förstå individuella incitament i efterfrågan på hälsa och sjukvård, men då det som tidigare nämnt råder en avsaknad av fullständig data på individnivå väljer svenska forskare att studera efterfrågan på en aggregerad nivå. I Morris, Devlin och Parkin (2007) anges att variabler så som åldersstruktur i populationen, hälso- och ohälsolivå, förekomsten av sjukdom och fetma kommer att påverka hälsoefterfrågan på i samhället som helhet. Utöver dessa kan ytterligare variabler inkluderas då en utökad variabelmängd tillåter mer genomgående förklaringar; exempel kan vara befolkningstäthet (spridning av sjukdom), utbildningsnivå samt kulturella traditioner kring sjukvård. Aggregering leder dock till en form av genomsnittsindivid där gruppens totala attribut kombineras, vilket kan skapa problem på grund av möjliga icke-linjära samband mellan olika faktorer. Exempelvis, låg utbildning relativt till genomsnittet, kan i jämförelse med hög utbildning relativt till genomsnittet, ha större inverkan på vårdefterfrågan.

4.2 Sjukvårdssystem och överkonsumtion av vård

Även om både Grossmans och enklare modeller ger en tydlig bild av hälso- och sjukvårdsmarknaden är den långt ifrån en perfekt marknad, framförallt då osäkerhet skapar problem för flera marknadsaktörer. För konsumenten ligger osäkerheten dels i fråga om olika tillgängliga behandlingar och dels i fråga om deras effektivitet. För producenten saknas insikt i konsumentens motivationer och fullständiga hälsobehov samt möjligtvis i effekterna av alla passande behandlingar. Problemet är emellertid framförallt ensidigt; konsumenten saknar insikt i vården och kan ej ta informerade beslut (Morris, Devlin & Parkin, 2007).

Hälsa och sjukdom är tydligt länkade, men sjukdom i sig innehåller en stor mängd oförutsägbarhet och kan anses vara slumpmässigt fördelad. Sjukdom innebär även en lägre välfärd; både direkt genom nyttan av hälsa och indirekt genom dess effekter på möjligheten att arbeta och därigenom konsumera andra varor (Socialstyrelsen, 2000). Individens påverkansmöjligheter är således limiterade och för att hantera detta har många samhällen valt att introducera allmänna sjukvårdssystem alternativt sjukvårdsförsäkringar, dvs. system med tredjepartsfinansiering (Socialstyrelsen, 2000). I skattebaserade system så som Sverige kommer tredjepartsfinansiären vara staten, som agerar både försäkringsgivare och sjukvårdsförsörjare (Morris, Devlin & Parkin, 2007).

Sjukvårdsförsäkringar och allmänna sjukvårdssystem förändrar de ekonomiska incitamenten för både patienter och vårdgivare, vilket öppnar upp för ”moral hazard” i form av överutnyttjande av tjänster. Även om den ekonomiska teorin ovan ej öppnar för att individen önskar en ökad sjukdomssannolikhet finns det stora incitament för patienten att söka ytterligare fördelar för sig själv på bekostnad på försäkringsgivaren (eller staten). Detta inträffar om det finns möjlighet att förändra sannolikheten att det försäkrade utfallet inträffar (sannolikheten av sjukdom) eller storleken på de försäkrade förlusterna (kostnaden för försäkringsgivaren). Detta kan ses som ett fullständigt rationellt beteende där individen söker ökad konsumtion av vårdtjänster så länge den privata marginalnyttan överstiger noll (Morris, Devlin & Parkin, 2007).

$$MU_{HC} > 0$$

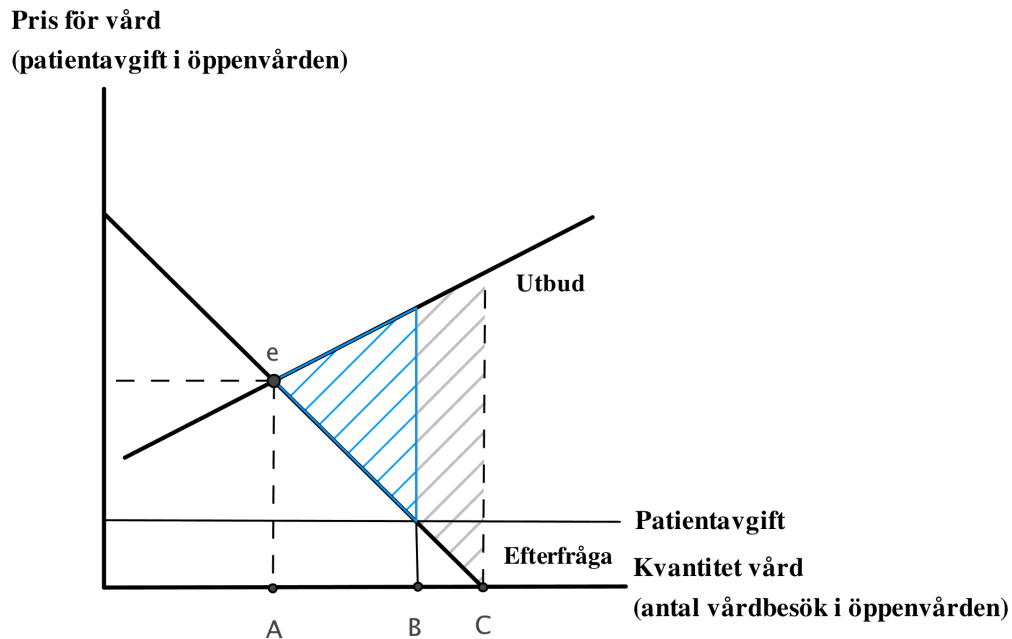
Om sjukvårdssystemet helt täcker kostnaden, kommer konsumtionen vara helt oberoende av kostnaden av vården, och enbart bero på individens förväntade nytta av behandling. Storleken på den ökade konsumtionen kommer nu att bero på efterfrågeelasticiteten istället för kostnaden. Då den privata marginalkostnaden är lägre än den samhälleliga marginalkostnaden vilken även beaktar kostnaden av behandling, leder detta till en ökad konsumtion, dvs. en överkonsumtion, och i sin tur välfärdsförluster för samhället samt stora sjukvårdskosten (Socialstyrelsen, 2000; Morris, Devlin & Parkin, 2007).

4.3 Hantering av överkonsumtion: patientavgifter

För att hantera överkonsumtionsproblemet kan olika typer av egenavgifter för patienten introduceras. I system där staten spelar en central roll i både försäkringsgivande och köp av sjukvård kommer möjligheterna att bestämma dessa egenavgifter att vara mycket stora. Vanligtvis differentierar man mellan följande avgiftssystem (Socialstyrelsen, 2000):

- En fast avgift, oberoende av den faktiska kostnaden för olika behandlingar
- En avgift som motsvarar en specifik andel av kostnaden för vald behandling
- En avgift som täcker kostnaden för vald behandling upp till en specifik nivå

En grafisk illustration av en *fast* avgift (likt den svenska patientavgiften) på marknaden för öppenvård presenteras i nedanstående graf (Figur 5) där efterfrågan på vårdbesök möter utbudet av öppenvård. I jämvikt bestäms antalet vårdkontakter av mötet mellan utbud och efterfrågan (punkt *e*, med *A* antal vårdbesök), men i ett system där staten helt garanterar vården för individen kommer all efterfrågad vård konsumeras (*C* antal vårdbesök) vilket leder till en överkonsumtion av vårdkontakter (de streckade ytorna). Introduceras en fast patientavgift emellertid kan överkonsumtionen minskas då antalet vårdbesök reduceras till punkt B (nu enbart den röda, streckade, ytan);



Figur 5: Sjukvårdsmarknaden i jämvikt, utan patientavgift samt med konstant patientavgift (utvecklad från Saltman & Figueras, 1997, s. 86).

Målet med patientavgifter utöver hanterande av överkonsumtion faller generellt i två kategorier: som ett policyredskap för att hantera vårdutnyttjandet alternativt som en källa för ökade inkomster för sjukvårdssektorn (Skriabikova, Pavlova & Groot, 2010). Inom svensk sjukvårds- och hälsopolitik konkretiserar Socialstyrelsen (2000) detta i fyra separata motiv:

- Begränsa efterfrågan på sjukvård, dvs. minska överkonsumtionen, och därmed sjukvårdskostnaderna
- Styra efterfrågan på sjukvård till ”rätt” instans: t.ex. från dyrare specialistvård till billigare och mindre intensiv öppen vård
- Öka kostnadsmedvetandet bland individerna
- Bidra till vårdfinansieringen av patienter

De första tre motiven relaterar patientavgifter till styrinstrument och det sista till finansieringskälla (Socialstyrelsen, 2000; Okma, 1998). Patientavgifter som vårdfinansiering är som tidigare nämnt en mycket liten källa för sjukvårdens totala intäkter, och denna roll kan avfärdas som ett huvudsakligt motiv för patientavgifternas fortsatta existens.

Vidare anger Vårdavgiftsutredningens i sitt betänkande från 2012 att ansvaret för att förebygga överkonsumtion av läkemedel ligger hos vårdgivaren, då det är denne som skriver ut recept vilka ger möjlighet att köpa läkemedel. Vårdgivaren fungerar därmed som en mellanhand vilken kan modifiera vårdutnyttjandet till att stämma med vårdbehovet (SOU 2012:2). Frågan är därmed var ansvaret ligger när mellanhand saknas, dvs. när man som i primärvården som patient direktutnyttjar vårdresurser om man besöker vården. Antar man att patienter ej är fullt rationella samt ej har full insikt i sitt vårdbehov, kan ansvaret komma att

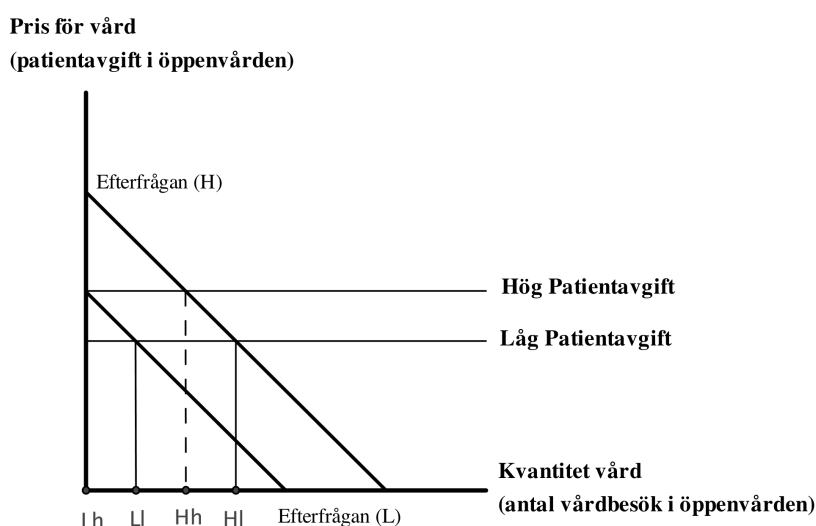
bli för stort för individen, och det öppnar upp för statliga intrång för att styra till rätt utnyttjande, exempelvis genom patientavgifter.

För att patientavgifterna ska vara effektiva argumenterar Okma (1998) för att de bör vara tre ting; tydliga för konsumenter, administrativt enkla samt inrymma visst skydd för låginkomsttagare. De två första av dessa är tekniska förutsättningar för styrningsfunktionerna av patientavgifter, medan det senare av dessa argument länkar effektiva patientavgifter till jämlikhet, där skyddet kan komma att påverkas av individers känslighet för prisförändringar.

En tolkning av effektivitet enligt Grossmans modell vore att patientavgifterna är effektiva då de kapar ett vårdbesök från en öroninflammationspatient (i enlighet med exemplet i introduktion), som uppfyller alla kriterier kring fullständig information, men som kan utstå en dags extra sjukdom då kostnaden för vården är högre än den avgift patienten tar hänsyn till.

4.3.1 Priselasticitet och effekter av patientavgifter

Effekterna av patientavgifter beror på hur de bidrar till ökad effektivitet i fördelning och utnyttjande av vårdens resurser, men även på vilken inverkan de har på efterfrågan på vård. Priselasticiteten är central, och i enlighet med Grossmans teori finns det troliga skäl för att den varierar mellan patientgrupper på grund av variabler vilka spelar in i efterfrågan på hälsa så som inkomstnivå, ålder, utbildning. Ytterligare faktorer kan vara olika sjukvårdssektorer eller nivå på efterfrågan; primärefterfrågan, t.ex. patients beslut om att uppsöka vård, eller sekundärefterfrågan, dvs. vårdgivarens remissval (Socialstyrelsen, 2000).



Figur 6: Vårdbesök för hög- och låginkomsttagare (H respektive L) vid hög och låg patientavgift (h respektive l). Vårdefterfrågan illustrerar betalningsviljan hos de olika konsumentgrupperna vid olika antal vårdkontakter i öppenvården, och patientavgiften är illustrerad som konstant för alla vårdbesök.

Således får en allmän patientavgift störst inverkan på de med relativt sätt lägst inkomst, då den är proportionerligt betydligt en relativt sett en större andel av låginkomsttagares inkomst. Egenavgifter är därför ett trubbigt styrinstrument (SOU 2012:2) för alla utom de i mitten; det finns en punkt där låginkomsttagare inte har råd längre (illustrerad av den höga patientavgiften i Figur 6 vilket get $L_h=0$ vårdkontakter, en effektiv *barriär* för låginkomsttagare) samt en punkt där höginkomsttagare inte bryr sig om kostnaden längre (ej illustrerad). Däremellan kommer de båda att påverkas (H_l samt L_l i Figur 6). Frågan är då om dagens spelrum mellan 100kr och 350kr träffar rätt eller om det gör efterfrågan till en barriär för vissa eller obetydlig för andra patienter.

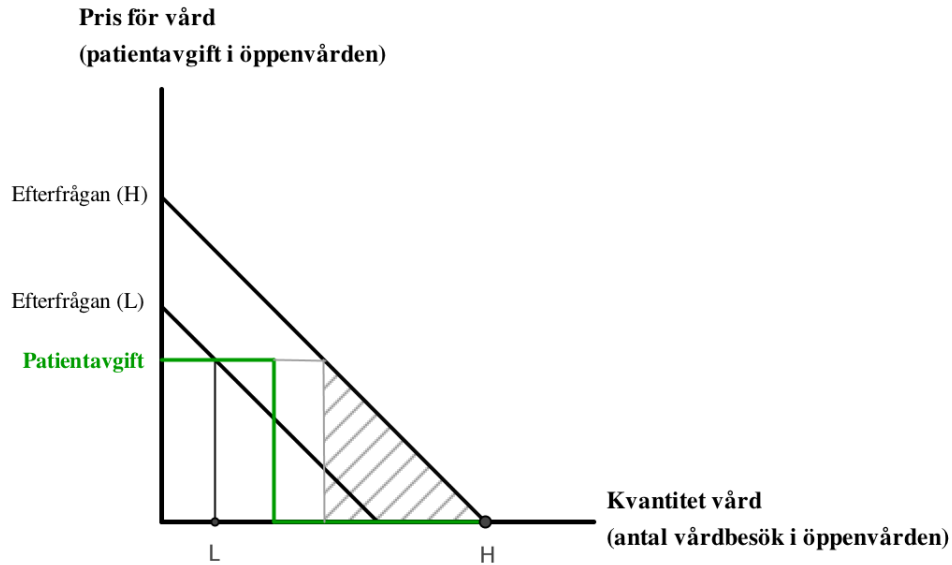
För framtiden kan vi i enlighet med Kruse och Ståhlberg anta att sjukvård är en vara med positiv inkomstelasticitet, och inkomstökningar kan komma att leda till ytterligare ökning av sjukvårdsefterfrågan (Kruse & Ståhlberg, 2013) och krav på ökade nivåer för patientavgifter.

4.3.2 Högkostnadsskydd

Att finansieringen kommer från skatt innebär även att sjukvårdskostnader inte kommer att vara relaterade till en individs sjukdomsrisk (Morris, Devlin & Parkin, 2007). Som konstaterat, om inte patientavgifter kombineras med kompensation för låginkomsttagare kommer patientavgifterna vara ojämlika i termer av kostnader för och tillgång till vård. För att hantera problematiken används varierande typer av maxgränser för vårdutgifter (likt det svenska högkostnadsskyddet) eller procentuella avdrag över en viss summa (Morris, Devlin & Parkin, 2007).

Högkostnadsskydd som fullt täcker vårdavgifterna, likt de svenska, innebär att priset inte längre är en faktor i individens beslut att uppsöka sjukvården efter ett visst antal besök. Morris, Devlin och Parkin (2007) argumenterar att detta kan ha förvrängande effekter på effektiviteten i sjukvården och leda till ökade kostnader. Zweifel och Manning (2010) utvecklar detta genom att tillägga att då individen uppnår högkostnadsskyddet är det enbart en tidskostnad som återstår i valet att investera i ytterligare sjukvårdsuppsökande.

För att illustrera denna situation för hög- samt låginkomsttagare kan följande grafiska representation visas:



Figur 7: Patientavgift samt högkostnadsskydd i öppenvården med resulterande överkonsumtion för höginkomsttagare.

Patientavgiften som illustreras ovan i Figur 7 leder till att låginkomsttagare enbart kommer konsumera L antal vårdbesök i öppenvården, medan höginkomsttagare har en betalningsvilja som är högre än maximala utgifterna. Det effektiva priset kommer vara 0 för konsumtion över högkostnadsskyddet (inom 12 månader) vilket leder till att höginkomsttagare konsumerar hela vägen upp till H antal vårdbesök; en överkonsumtion illustrerad av den streckade ytan. Således kommer höginkomsttagare inte påverkas av patientavgiften men låginkomsttagare kommer limitera sitt vårdutnyttjande, en form av möjlig ojämlikhet.

Då högkostnadsskyddet är detsamma över (nästan) hela landet innebär detta att man uppnår det med olika antal vårdbesök beroende på patientavgiften i landstinget, från strax över tre specialistvårdsbesök i Stockholm till strax över sju allmänvårdsbesök i Gävleborg (SKL, 2015). Med grund i detta vänder vi oss nu till tidigare studier för en översikt av de presenterade teoriernas applicering på verklig sjukvårdskonsumtion.

5 Tidigare studier

Studier kring patientavgifter och vårdefterfrågan kan delas in i tre generella kategorier; kring förändringar i patientavgifter och dess effekt på efterfrågan av vård, fokuserade på de socioekonomiska variabler som ligger till grund för efterfrågan på och betalningsviljan för vård samt kontrollerade experiment (Socialstyrelsen, 2000). Det senare fallet karaktäriseras främst av den så kallade RAND-studien; en mycket omfattande studie av sjukvårdsmarknaden vilken ofta används som referenspunkt.

Mycket av de studier som gjorts av direkta länkar mellan patientavgifter och vårdutnyttjande, har gjorts i en amerikansk kontext där förutsättningarna kan anses mycket olika de svenska, främst på grund av den stora privata marknaden för sjukvårdsförsäkringar. De underliggande teorierna är trots det fortfarande av intresse då individens efterfrågan av sjukvård inte behöver vara beroende av sjukvårdssystem. Även om man bör uppvisa större försiktighet kring användandet av resultaten från de amerikanska studierna i svenska appliceringar, så är det ej troligt att amerikanska patienters upplevda vårdbehov skiljer sig signifikant från svenska patienters. Därför kommer denna uppsats litteraturöversikt att dels presentera generella resultat från amerikanska studier och dels de mindre omfattande men mer specifika svenska studier som gjorts.

5.1 Generella effekter & RAND-studien

Som tidigare sett varierar patientavgifter mellan olika instanser, mellan olika behandlingsval samt är på vissa områden helt borttagna. Patientavgifter som styrinstrument genom prisdifferentiering verkar enligt Vårdavgiftsutredningen (SOU 2012:2) ha bidragit till att antalet besök i primärvården relativt till specialistvården har ökat; en styrning av efterfrågan till primärvården i linje med de uppsatta målen. Men att resultaten gäller generellt är något problematiskt, då inte alla regioner utnyttjar prisdifferentieringsmöjligheten. Inte heller har landsting med högre patientavgifter lägre besöksfrekvens än landsting med lägre avgifter, vare sig i primär- eller specialistvården (SOU 2012:2).

Antalet vårdbesök per invånare är i regel högre i de länder där man använder sig av nolltaxa (SOU 2012:2). I linje med detta ledde införandet av nolltaxa för barn i Sverige år 1998 till en ökning med 15-17 % i besöksvolym, vilket höll över tid och därmed kan ses som en icke-temporär effekt av avskaffandet av patientavgifter (SOU 2012:2). Det finns således skäl att tro att patientavgifter utgör en tröskel för vårdutnyttjandet, men att generalisera från barn till andra patientgrupper bör göras något försiktigt då barn inte själv bestämmer sitt vårdutnyttjande efter egen upplevd ohälsa.

Som visat i föregående kapitel finns det ett stort antal variabler som kan förklara upplevd ohälsa samt efterfrågan på hälsa och sjukvård, men vissa författare hävdar att de huvudsakliga skillnaderna i aggregerat vårdutnyttjande återfinns i ett så enkelt mått som BNP per capita. Om efterfrågan på hälsa mäts i termer av utgifter för sjukvård per person visar Newhouse (1977 citerad i Morris, Devlin & Parkin, 2007) att BNP per capita kan förklara upp till 92% av variansen i sjukvårdskostnader. Gerdtham och Jönsson (1991) presenterar vidare att sjukvårdens proportion till BNP är högre i rikare än i fattigare länder; således är inkomstelasticiteten för vården är större än ett. I studien finner de ett exakt mått på 1.43; en ökning av BNP per capita med 1% innebär ökade sjukvårdsutgifter med 1.43% (Gerdtham & Jönsson, 1991). Att härleda aggregerat utnyttjande av vården till ett lands totala inkomster förklarar däremot inte individens egna incitament att uppsöka vården, utan här krävs studier på patientnivå då de underliggande ekonomiska teorierna kring vårdefterfrågan baseras på enskilda individer.

5.1.1 RAND Health Insurance Experiment

RAND Health Insurance Experiment (RAND HIE) är ett av de mest omfattande hälsoekonomiska experiment som utförts, med övergripande mål att hantera osäkerheten kring hur efterfrågan av vård påverkas av förändringar i pris på vårdmarknaden på grund av förändringar i försäkringsgrad. Utifrån detta var förhoppningen att kunna länka samman mer generösa försäkringsplaner med överkonsumtion av vård och medföljande välfärdsförluster samt förklara den noterade ökningen av vårdens andel av BNP sedan 1950 (Manning et al, 1987). Undersökning använder sig av data på individnivå med utnyttjandet av vårdtjänster¹³ som beroende variabel medan förklarande variabler inkluderar: försäkringsplan, hälsostatus, bostadsort samt ekonomiska- och sociodemografiska variabler (Manning et al, 1987)

Genom ANOVA-estimeringar visas att vårdutnyttjande påverkas av förändringar i egenavgifter, och då framförallt genom att påverka antal vårdkontakter snarare än innehållet i dessa. Försättningsvis ger de skilda försäkringsplanerna stora skillnader i vårdutnyttjande, dvs. vårdefterfrågan är priskänslig. Störst effekt ses mellan 100% och 95% kostnadstäckning, där den tidigare leder till 46% högre vårdkostnader. (Manning et al, 1987) Utöver detta hade gruppen med någon nivå av självrisk tydligare priselasticiteter mellan olika alternativ; priset får en viktig betydelse för vårdutnyttjande då man som individ bär en del av det själv (Socialstyrelsen, 2000).

Resultaten i RAND-studien visar att sjukvårdstjänster kan ses som icke-normala varor upp till högkostnadsgränsen då låginkomstfamiljer konsumerar mer vård trots att egenavgiften utgör en större del av deras inkomster (Manning et al, 1987). Trots att efterfrågan av vård är känslig för olika kostnadsnivåer är vårdutnyttjandet ej lika tydligt varierande; Manning et al (1987) finner ej några signifikanta skillnader i utnyttjandet av slutenvård bland försäkringsgrupperna under 100%. Det är även sannolikt att högkostnadsskyddet även här får en utjämnande effekt då 70% av de som utnyttjade slutenvården uppnår dess gräns.

¹³ Exklusive tandvård samt psykoterapi i öppenvården

Hälsostatus visas vara en tydlig faktor för att förklara olika utgiftsnivåer i linje med ekonomisk teori. En sjukare individ efterfrågar rimligen mer vård och får då större vårdomkostnader. Studien kan däremot ej dra några entydiga slutsatser för de olika försäkringsnivåernas påverkan på hälsoutfall, utöver i specifika fall av fattiga vuxna med relativt vanliga kroniska problem vilka förbättras om de har tillgång till fri vård. (Manning et al, 1987)

Länken till de ökade sjukvårdsutgifterna, om än utanför uppsatsens fokus, kan ej fullt ut stärkas, då ökade försäkringssystem enbart förklarar en liten del av utgiftsökningen. Slutsatsen därav är att det snarare är teknologiska förändringar vilka har lett till mycket höga utgifter, vilket skulle kunna påverkas av att försäkringar kan ge välfärd förluster genom att förvränga prissättningen på marknaden (Manning et al 1987).

RAND-studien ämnade påvisa att egenavgifter har dämpande effekter på efterfrågan, men kunde ej visa att det självklart leder till långsiktiga kostnadsreduceringar för sjukvården. Trots detta anses den vara något av en guldstandard för forskning i hälsoekonomi. De motsägande resultaten angående påverkan på hälsotillståndet öppnar upp för vidare studier, då kostnadsreducering inte anses vara en tillräcklig motivering till egenavgifter. RAND-studien antar inte heller något specifikt jämlikhetsperspektiv, utan vi får istället vända oss till framförallt svenska studier för resultat angående detta.

5.2 Vårdutnyttjande och socioekonomiska skillnader

Bland studier av den svenska hälso- och vårdmarknaden återfinns Ulf Gerdtham som författare till flertalet studier med fokus på jämlikhet, däribland Gerdtham (1997) som behandlar horisontell och vertikal jämlikhet. Här förkastar Gerdtham en nollhypotes om att det inte skulle finnas ojämlikhet i fördelningen av sjukvård i Sverige. För att hantera (professionellt bedömt) vårdbehov används dödlighet som en proxyvariabel vilken visar påverka vårdutnyttjandet signifikant i linje med vertikal jämlikhet. Trots detta återfinns även stöd för att socioekonomiska faktorer så som inkomst, bostadsort, civilstånd samt anställning är associerade med skiljt utnyttjande av vård. Fortsättningsvis, drar Gerdtham slutsatsen att inkomst påverkar individens beslut att kontakta vården, men att det ej påverkar vårdgivarens agerande gentemot patienten eller patientens återbesöksfrekvens. Individer i större städer visas även ha fler vårdkontakter, men att beslutet att uppsöka vård ej påverkas av storleken på staden, varken för individer med större eller mindre ohälsa (Gerdtham, 1997).

I en studie från samma år, *Sjukvårdens rättvisa fördelning* (Gerdtham & Sundberg, 1997) visar författarna att högre inkomst tenderar att öka sannolikheten för läkarbesök men ej antalet besök givet att individen redan uppsökt vården en gång. Således påverkar inkomsten beslutet att uppsöka vården, men ej t.ex. läkarens remissbenägenhet eller patientens benägenheten att återvända.

Vidare visar Gertham och Trivedi (2001) att inkomst, heltidsarbete och familjestorlek påverkar beslutet att uppsöka vården för de med få vårdkontakter, men ej har en inverkan på de med högt vårdutnyttjande. För denna grupp finns snarare andra underliggande faktorer vilka påverkar valet i större utsträckning. Ålder visas ha en negativ effekt på vårdutnyttjandet bland de med många vårdkontakter, vilket kan tolkas som åldersbaserad ojämlikhet. Författarna kan emellertid inte utesluta att yngre faktiskt har ett större behov av fler återbesök, grundat i ett resonemang om att fler livsår står på spel vid ohälsa. Fortsättningsvis har även kön en negativ effekt bland de med få vårdkontakter; män utnyttjar vården mindre än de förväntas utifrån behov, och lika så för de med låg utbildning (Gerdtham & Trivedi, 2001).

I en flernivåanalys från Malmö undersöker Beckman et al (2004) jämlikhetsprincipen¹⁴ i förhållande till fördelning av vårdresurser utefter behov i en studie på individnivå med stor socioekonomisk spridning¹⁵. Hypotesen som prövas är att individer med lägre socioekonomisk status (lägre inkomst) samt ensamstående (svagt socialt nätverk) kommer ha högre vårdutgifter, då dessa faktorer ofta föranleder en sämre hälsa och därmed större (professionellt bedömt) vårdbehov. Resultaten visar att hypotesen är sann, samt att vårdutgifter ökade med ålder (vilket har ett tätt samband med låg inkomst och ensamt hushåll) (Beckman et al, 2004). Till skillnad från tidigare presenterade studier, drar författarna slutsatsen att vårdresurserna trots allt är fördelade efter individuella behov, i alla fall approximerade utefter de valda socioekonomiska dragen.

Socialstyrelsens rapport *Vård på (o)lika villkor* (2009) ger en översikt av svenska resultat kring vårdbehov och vårdutnyttjande. Med hjälp av Undersökningarna av levnadsförhållandena (ULF) visas att individens (upplevda) behov, efterfrågan samt utnyttjande av vården ej alltid samspelar. Måttet åtgärdbar dödlighet presenteras för att påvisa stora socioekonomiska skillnader i alla landsting då lågutbildade i lägre grad uppsöker vården trots behov, och således upplever en högre grad av resulterande åtgärdbar dödlighet. Utöver detta finner de även regionala skillnader i alla indikatorer som studerats ur ett jämlikhetsperspektiv (Socialstyrelsen, 2009), men att det inte finns några systematiska skillnader mellan regioner (dvs. sämre eller bättre resultat i alla indikatorer).

Socialstyrelsen (2000) visar ett starkt samband mellan inkomst och självskattad hälsa (här: upplevd ohälsa). Framförallt mått på ekonomisk påfrestning, så som avsaknad av kontantmargin, ger mycket stora utslag för upplevd ohälsa, men leder ej till ett ökat vårdutnyttjande. I en mer djupgående studie av resultat från ULF visar van Doorslaer och Gerdtham (2003) att det inte finns några systematiska skillnader i självskattad hälsa (återigen här: upplevd ohälsa) mellan olika socioekonomiska grupper. De finner emellertid att om upplevd ohälsa standardiseras för skillnader i kön och hälsa så förklarar ojämlikhet i upplevd ohälsa även ojämlikhet i dödlighet. Att de med lägre inkomst anser sig ha sämre hälsa behöver därmed ej betyda att de har en högre dödlighet och lägre vårduppsökande, men att

¹⁴ Här ungefär samma som behovs-solidaritetsprincipen, se kapitel 3.2 i denna uppsats.

¹⁵ Beckmans et al (2004) analys grundas i data på individnivå över födelseland, socioekonomisk position och vårdutgifter för män i åldern 40-80 år boende i Malmö år 1999.

ojämlikhet kvarstår i att vården ej lyckas erbjuda den vård som behövs för att skapa likvärdig dödlighet för alla grupper.

5.3 Patientavgifter och vårdutnyttjande

I hopp om att ge en överblick av resultaten kring patientavgifter och vårdutnyttjande redogör Skriabikova, Pavlova och Groot (2010) för resultaten i ett antal internationella studier av empiriska modeller för efterfrågan av öppenvård¹⁶. Majoriteten av studierna visar att nivån på patientavgift har en signifikant betydelse för efterfrågan, med en priselasticitet för läkarbesök som påverkas framförallt av vårdkonsumenternas inkomst. Utöver detta påverkas vårdutnyttjandet även av utbudsrelaterade variabler så som tillgänglighet samt typ av vårdgivare. Litteraturstudien visar även att efterfrågan på vård påverkas av bland annat ålder, kön och utbildning samt pris på alternativa sjukvårdstjänster. Slutsatsen är att efterfrågans priselasticitet för läkarbesök i öppenvård är högre vid låg inkomst, höga patientavgifter samt vid tillgång till alternativa vårdtjänster, även om de varierande måtten på elasticiteten öppnar upp för viss kritik av resultatens styrka (Skriabikova, Pavlova & Groot, 2010). Detta innebär i så fall att låginkomsttagare påverkas i större utsträckning av förändringar i patientavgiften, och ytterligare så om avgiften är hög redan initialt. Nivån på patientavgiften är därav viktig för att förstå utnyttjandet av vården, och den höga elasticiteten innebär att förändringar kan ge stora välfärds- samt jämlikhetseffekter.

Corrieri et al (2010) utvecklar resultaten ovan genom att redovisa en rad amerikanska studier över relationen mellan egenavgifter och orättvisa bland äldre¹⁷. Författarna konstaterar att egenavgifternas relativa storlek gentemot inkomsten har störst betydelse för låginkomsttagare, till den grad att vårdbehov kan innebära orimligt stor finansiell börda med efterföljande onda cyklar av dålig hälsa och ökat vårdbehov. Låg utbildningsnivå och kvinnligt kön visas i flertalet studier prediktorer för låg inkomst, och således kan dessa grupper anses vara speciellt känsliga för patientavgiftens nivå (Corrieri et al, 2010). Patientavgiften har därmed en inverkan på vårdefterfrågan, men effekten skiljer sig mellan olika grupper vilket kan medföra ojämlikhet bland patientgrupper till nackdel för de med lägre inkomster, kvinnligt kön eller högre ålder.

Tidiga svenska studier av patientavgiften så som Landstingsförbundet (1993) gav ej entydiga svar angående patientavgifternas styreffekter. Men Gerdtham och Sundberg (1998a) använder sig av varierande specifikationer av behovsbegreppet samt data från

¹⁶ Författarna använder sig av 46 relevanta studier vilka behandlar existerande mikro-nivås modeller för öppenvården och patientavgifter (både direkta och indirekta) (Skriabikova, Pavlova & Groot, 2010).

¹⁷ Författarna använder sig av 29 studier kring egenavgifter och dess relation till inkomst, utbildningsnivå samt kön hos för de 65 år och äldre. I studien inkluderas kostnader för öppen- och slutenvården samt för läkemedel (Corrieri et al, 2010).

Levnadsnivåundersökningen (LNU)¹⁸, för att undersöka huruvida tillgången till sjukvård i Sverige är (horisontellt) jämlik. Oberoende av variation i behovsspecifikationer drar de slutsatsen att höginkomsttagargrupper besöker läkaren oftare i relation till deras behov. Låginkomsttagargrupper har emellertid ett större behov av vård samt längre sjukvårdsperioder i slutenvården, när de väl uppsöker vården. Resultaten tolkas som att låginkomsttagare väntar, av blandade anledningar, för länge med att uppsöka vården, så att när de väl utnyttjar vården krävs det att de läggs in samt tvingas spendera längre tid på sjukhuset än vad behovet initialt krävde. Det finns således en tröskel för att uppfylla vårdbehovet för vissa delar av samhället vilket i sin tur kan förklara ökade skillnader i hälsa i befolkningen. Låginkomsttagare behandlas ej sämre av vården, utan upplever snarare en större barriär till att utnyttja resurserna. Gerdtham och Sundberg argumenterar därav för att lägre patientavgifter, och då framförallt för låginkomsttagare, hade lett till ett mer effektivt utnyttjande av vården (Gerdtham & Sundberg, 1998a; Gerdtham & Sundberg, 1997).

Burström (2002) undersöker utnyttjande av, samt avstående från vård, i Sverige¹⁹ före och efter 1990-talets så kallade Dagmarreform och avreglering av sjukvårdsmarknaden med flera. Resultaten visar en möjlig ökning av ojämlikhet i användandet av vårdtjänster, till nackdel för låginkomsttagare. Även proportionen som anser sig ha behövt, men avstått från vård, ökade signifikant för de lägsta inkomstgrupperna mellan 1988-89 och 1996-97. Resultatet stödjer en hypotes kring att låginkomsttagare i Sverige ser en kostnadsbarriär i tillgången och utnyttjandet av öppen- och slutenvården (Burström, 2002). Det bör dock påpekas att det var en stor mängd reformer av vården, inklusive avregleringen av patientavgifterna år 1991, som utfördes under en längre period vars effekter här slåss ihop i en aggregerad studie. Det är därför svårt att urskilja huruvida den ökade ojämlikheten beror på patientavgiftsförändringar.

Fortsättningsvis rapporterar Socialstyrelsen (2000) att slopandet av avgiften för barn år 1998 beräknas ha lett till att antalet vårdkontakter för barn ökade med en miljon. I relation till total befolkningens mängd på 8.9 miljoner²⁰ kan detta ses som en substantiell ökning. Resultaten inkluderar alltså ej möjligt ökat vårdutnyttjande bland vuxna då utgifter frigjordes från barnens vårdbehov.

5.3.1 Priselasticitet

Efterfrågeteori kring sjukvård antyder att individer som ej ännu uppnått högkostnadsskyddet för egenavgifter kommer, då de gör ett marginellt beslut kring vårdkonsumtion, att diskontera det nominella priset med sannolikheten att uppnå högkostnadsskyddet. Således kan rena kvantitativa mått på känsligheten ges i form av rena priseffekter; så kallade priselasticiteter. Manning et al (1987) visar i RAND-studiens randomiserade experiment att priselasticiteten

¹⁸ Från år 1981 samt 1990 (Gerdtham & Sundberg, 1998a)

¹⁹ Burström (2002) sig av data från Undersökningarna kring levnadsförhållandena (ULDF/SILC) från år 1988/989 samt 1996/97 för tre frågor kring vårdutnyttjande: har besökt läkare, har varit inlagd och har uppsökt akutvården, samt en fråga angående behov men ej uppsökande vården, dvs. avstående från (alla rörande de senaste 3 månaderna).

²⁰ Befolkningsstatistik tagen från Statistiska Centralbyråns statistikdatabas.

för en konstant egenavgiftsandel ligger mellan -0.1 och -0.2. Det vill säga, för varje 10% som priset på vård ökar kommer detta leda till en minskning av konsumtionen av vård mellan 1 och 2%.

Som konstaterat är vårdefterfrågan känslig för prisförändringar, och för att mäta detta används ofta storleken på priselasticiteten som ett kvantitativt mått på känsligheten. Skriabikova, Pavlova och Groot (2010) drar i sin litteraturstudie slutsatsen att patientavgifter har en betydelse för efterfrågan på läkarbesök, men att priselasticitet för efterfrågan vanligtvis är relativt låg kring -0.50. Konkret innebär detta att en ökning av patientavgiften med 1% skulle innebära en minskning av läkarbesök med 0.5%. Författarna påpekar emellertid att resultaten varierar mellan studier från mycket hög (över -1) till mycket lågt (under -0.10), men att detta främst beror på olika utformningar av undersökningarna²¹ (Skriabikova, Pavlova & Groot, 2010).

I en litteraturöversikt utförd av Statens beredning för medicinsk utvärdering för SOU 2012:2 dras i linje med ekonomisk teori slutsatsen att ökade patientavgifter leder till minskad efterfrågan på läkarbesök, i detta fall uppmätt till en priselasticitet på -0.3 (SOU 2012:2). I ytterligare en svensk studie finner Gerdtham och Jönsson (1991) att priselasticiteten för vård i samhället som stort är -0.84, men ej signifikant skild från -1. Efterfrågad kvantitet kan således procentuellt minska lika med prishöjningar; länder med högre pris har en lägre kvantitet konsumerad vård (Gerdtham & Jönsson, 1991). Om dessa resultat appliceras på regioner skulle det innebära att om ett landsting höjer patientavgiften skulle det ge en mindre vårdkonsumtion per person, t.ex. mätt i färre vårdkontakter per capita, relativt till ett landsting som inte höjer, givet att de har samma vårdbehov. Som illustrerat i exemplet Stockholm i kapitel 2 stämmer detta ej, och det är därmed möjligt att återigen påvisa diskrepans mellan vårdbehov och vårdefterfrågan.

5.3.2 Att avstå från vård: trösklar och barriärer

Mått på att ha behövt (haft ett upplevt vårdbehov) men ej sökt vård kan ses som en representation av ej uppfyllda vårdbehov, om än ett något mer hypotetiskt än mer kvantitativa mått på vårdutnyttjande. Generellt sett är andel av de tillfrågade som säger sig ha avstått vård trots behov relativt stabila mellan socioekonomiska grupper men Burström (2002) visar att de ökade under 80 och 90-talet vilket tyder på ökande skillnader mellan hälsobehov och uppfyllande av dessa, framförallt för låginkomsttagare. Även möjligt att tolka som ökade finansieringssvårigheter för långtidssjuka individer i de lägre inkomstgrupperna, vilket limiterar deras upplevda tillgång till och utnyttjande av vård tjänster (Burström, 2002).

Vidare använder sig Westin et al (2004) av enkätstudier för att undersöka anledningar till varför individer avstår från vård. De finner att så högt som 24% av de tillfrågade valt att avstå från vård, trots upplevd ohälsa, de senaste 3 månaderna. Bland dessa har 13% avstått mer än

²¹ Höga priselasticiteter kommer främst från studier av utvecklingsländer (Skriabikova, Pavlova & Groot, 2010)

en gång. Detta är mycket högre än de resultat som vanligtvis ses i Nationella folkhälsoenkäterna, där omkring 12-14% säger sig ha avstått från vård (Folkhälsomyndigheten, 2016). Kvinnor, individer födda utanför Sverige och de med lägre utbildningsnivå säger sig avstå till högre grad, samtidigt som de två första grupperna är mer ”troliga” konsumenter av sjukvård. Civilstånd hade däremot ingen påverkan på sjukvårdskonsumtionen (Westin et al, 2004).

Konsumtionen av sjukvård är högre bland de som tillhör någon utsatt grupp, ändå är andelen som avstått som konsekvens av betalningsoförmåga flerfaldigt högre i dessa grupper. Specifikt anger Burström et al (2008)²² att bland de med ekonomiskt bistånd är andelen med dålig hälsa två gånger så stor som i befolkningen som helhet. Antalet vårdkontakter är även högre i denna grupp, framförallt gällande öppenvårdsbesök samt för kvinnor. Trots detta uppger sig 35% av biståndsmottagarna ha avstått vård trots behov på grund av dålig ekonomi, en möjligen flerfaldigt högre andel än för befolkningen i övrigt. Reella konsekvenser för hälsa och sjuklighet är därmed troliga (Burström et al, 2008; SOU 2012:2). SKL (2009) påpekar att barriären mellan vårdbehov och vårdutnyttjande blir som störst för de med lägst inkomster samt kronisk sjukdom, och de två faktorerna kan även komma att förvärra varandra då arbete överges eller sjukvård avstås på grund av kostnaden. Således kan patientavgifter anses påverka inte enbart nivån på konsumtionen av sjukvård, utan för vissa segment av befolkningen även innebära en reell, och inte bara upplevd, *barriär* vilken kapar utnyttjandet helt, och då främst på grund av ekonomiska skäl.

Fortsättningsvis visar Vårdavgiftsutredningen (SOU 2012:2) att äldre avstår mindre än andra grupper, medan övriga ekonomiskt utsatta grupper, så som ensamstående med barn, utrikesfödda, hushåll med ekonomiskt bistånd, personer med sjukersättning, ej förvärvsarbetande, arbetslösa, personer med låg inkomst har större andel avstående än medelgruppen. Att äldre således skiljer sig åt kan bero på deras relativa behov av sjukvård, då i enlighet med tidigare presenterad ekonomisk teorin är deprecieringstaken för äldre är högre samtidigt som deras hälsokapital även är lägre. Att avstå från vård får därmed större inverkan på äldre och de är mer troliga till att uppsöka vården. Barriären för de med låga inkomster kvarstår inte i lika stor utsträckning utan vi kan snarare tala om en *tröskel*, en faktor som snarare minskar antalet vårdbesök för ett icke-akut behov relativt till en *barriär* som kan hindra vårduppsökandet helt.

5.4 Patientavgift och skatter

I en studie från 1998 finner Gerdtham och Sundberg att skattefinansiering av sjukvården är progressivt gentemot patientavgiftsfinansiering vilket är generellt regressivt. Framförallt det senare resultatet är intressant för denna uppsats, och påvisar att låginkomsttagarhushåll betalar

²² Använder sig av befolkningsdata från Folkhälsoenkät 2002 vilken undersöker Stockholms län med fokus på socialt samt ekonomiskt utsatta grupper och deras efterfråga, behov och konsumtion av hälsa och vård (Burström et al, 2008).

proportionellt större del av sin inkomst för vård. Således råder horisontell ojämlikhet där de med större vårdbehov bland låginkomsttagare tvingas betala relativt mer för vården (Gerdtham & Sundberg, 1998b). Med grund i detta innebär högre patientavgifter i vissa regioner större ojämlikhet, om vi antar att relationen mellan låginkomsttagare och höginkomsttagare är någorlunda jämlik i alla regioner. Är inkomsterna högre för alla inkomstgrupper i en region kommer högre avgift möjligen ge ett likvärdigt jämlikt utfall jämfört med regioner med lägre inkomster för alla grupper samt även lägre avgifter. Ojämlikheten i sin tur kan därmed tolkas som att vissa patientgrupper (här låginkomsttagare) får bära en tyngre börda av patientavgiftens funktion som medel för kostnadsfinansiering.

6 Diskussion och slutsats

6.1 Diskussion

Den ekonomiska teorin som förklarar vårdefterfrågan anses generellt vara relativt applicerbar på den reella sjukvårdsmarknaden²³ då sjukvård även i verkligheten är den främsta marknadsvaran i produktionen av hälsa, eller minskning av ohälsa. Individer är känsliga för avgiftens nivå samt efterfrågar vård i olika kvantiteter i linje med underliggande variabler så som ålder, kön, utbildningsnivå samt inkomst. Inledningsvis kan vi med hjälp av RAND-studien (Manning et al, 1987) dra tre huvudslutsatser: egenavgifter i vården reducerar individers vårdutnyttjande (relativt till kostnadsfri vård) men effekten av egenavgiften på hälsotillståndet är däremot ej lika entydigt. En individs hälsostatus påverkar vårdkonsumtionen i enlighet med teori (sjukare utnyttjar mer då de har både större upplevt och professionellt bedömt behov av vård) medan inkomst ej får lika tydlig effekt då vård visas vara en icke-normal vara upp till gränsen för högkostnadsskyddet. Således kommer låginkomsttagare ha högre vårdutnyttjande, trots att det utgör större del av deras inkomster.

Då den experimentella RAND-studien visar att individer är märkbart känsliga för låga priser relativt till kostnadsfri vård, kan vi dra slutsatsen att vårdefterfrågan är känslig för nivån på patientavgiften. Vi tar därmed med oss från *de generella resultaten* att de skillnader i avgifter som finns mellan olika regioner bör ha faktiska implikationer för individers välfärd. För en djupare förståelse av de socioekonomiska variabler som ligger till grund för efterfrågan på och betalningsviljan för vård har de redovisade tidigare studierna främst fokuserat på (professionellt bedömt) behov, inkomst, utbildning samt ålder vilka figurerar inom Grossmans modell för efterfrågan på vård.

Utöver detta undersöks även mer generella variabler så som (upplevt) behov, kön, heltidsarbete och familjestruktur samt utbudsvariabler som storlek på stad kontrolleras. I resultaten illustreras ett tydligt samband mellan socioekonomi och åtgärdbar dödlighet där de med lägre utbildningsnivå inte uppsöker vården trots (professionellt bedömt) behov och därav även upplever en högre grad av åtgärdbar dödlighet. En individs upplevda behov ger därmed ej uttryck i efterfrågan alternativt utnyttjande av vård i den grad som förväntas. Gerdtham (1997) finner emellertid att dödlighet, som en variant på professionellt uppmätt behovsvariabel, påverkar utnyttjandet av vården; högre morbiditet ger större vårdkonsumtion. Det är därmed tydligt att individens faktiska uppfattning kring sin hälsa och agerande därefter

²³ Givet att vi accepterar och bortser från att fullständig information ej råder samt att individer ej är fullt rationella.

inte ger samma utslag som de teoretiska underlagen och den professionella bedömningen av vårdbehov.

Tidigare studier visar därmed att de två sidorna av illustrationen av behov och efterfrågan i Figur 4 i kapitel 3 inte är samstämmiga, och då patientavgifter länkar till individens egna beslut är det främst intressant att studera jämlikhet i patientavgifter med grund i individers vårdefterfrågan baserat på skillnaden mellan avsett och aktuellt *upplevt* hälsotillstånd. Detta stöds vidare av att socioekonomiska skillnader i Sverige inte har någon inverkan på antalet besök eller vårdresultat efter att patienten valt att uppsöka vården; resultaten hos bland annat Beckman et al (2004)²⁴ bekräftar jämlikhet i fördelningen av vårdresurser efter behov för de som uppsöker vården, vilket dock ej innefattar de som på grund av avgiften undviker att uppsöka vården.

Resultat *kring socioekonomiska variabler och vårdefterfrågan* ger att högre inkomst, i linje med teori, ökar sannolikheten att man uppsöker vården, där några studier pekar mot att effekten är störst för de med få vårdkontakter. Att gå till vårdcentralen få gånger per år förklaras något förenklat av antingen låg betalningsförmåga eller liten efterfrågad vårdinsats. I de båda fallen ger högre inkomst större möjlighet att uppsöka läkare samt lägre tröskel för att ett mindre tryckande behov ska vara värt att förbättra. Utöver lägre inkomst så visas även manligt kön samt låg utbildning påverka vårdutnyttjandet negativt. Det senare förklaras av att högre utbildning ger ökade möjligheter att se fördelarna med hälsa, medan skillnaden mellan könen ej förklaras med hjälp av de presenterade ekonomiska modellerna. Män utnyttjar vården mindre än vad deras (professionellt uppmätta) behov antyder och van Doorslaer och Gerdtham (2003) visar att för kön så kan upplevd ohälsa förklara ojämlikhet i dödlighet; det finns en form av ojämlikhet i hälsoutfall mellan könen, men skillnaden förklaras ej av nivån på patientavgifter.

6.1.1 Patientavgifter - minska överkonsumtion eller öka ojämlikhet?

De studier som undersöker effekter av patientavgifter på vårdkonsumtionen är generellt eniga om att efterfrågan av sjukvård påverkas av högre patientavgifter. Länken till faktiska hälsoutfall är desto osäkrare, vilket varierande förklaras av diskrepansen mellan behov och efterfrågan, av kvaliteten på sjukvården eller av en rad andra faktorer. Fokuserar vi på patientavgifternas fyra politiskt bestämda mål; *minska överkonsumtion* (och sänka sjukvårdskostnaderna), *styrning av vårdkonsumtion till rätt instans*, *bidra till vårdfinansieringen* och *öka kostnadsmedvetandet* får vi varierande utfall.

För att *minska överkonsumtion* av vård krävs att patientavgiften kapar utnyttjandet av vårdtjänster vars nytta ej matchar samhällskostnaden, således krävs det att individens vårdutnyttjande påverkas av avgiftsnivån. Enskilda individer visas överlag ej vara särskilt priskänsliga för marginella förändringar i egenavgifter då vårdutnyttjandet är relativt lågt per capita men större förändringar skulle med all sannolikhet medföra stora efterfrågeeffekter i

²⁴ Studien behandlar emellertid inte könsskillnader, skillnader i diagnosticering eller behandlingsval.

aggregerad form. I likhet med den slutsats Skriabikova, Pavlova & Groot (2010) drar från sin litteraturstudie så leder studiers varierande resultat till att exakta priselasticiteter ej kan anges eller användas. Trots detta är det tydligt att patientavgifter kan ha en potentiell inverkan på konsumentens beslut att uppsöka öppenvården, framförallt bland låginkomsttagare. För denna grupp är egenavgiftens relativa storlek gentemot inkomsten störst, vilket kan leda till att patientavgifterna trots förhoppning om att påverka överkonsumtion kan innebära en allt för stor finansiell börda för de med låga inkomster och stort (upplevt och professionellt bedömt) vårdbehov. Att patientavgifterna påverkar efterfrågan behöver därmed ej betyda att de enbart kapar överkonsumtion, utan att de även kan bli en *ojämlig barriär eller tröskel till vården* främst för kvinnor och de med låg utbildningsnivå (då dessa är prediktorer för låg inkomst).

Men vilka typer av vårdutnyttjande är då egentligen överkonsumtion som kan påverkas med patientavgifter, utan att skapa ojämlikhet? Fyra olika exempel kan målas upp för jämlik kapning av vård där:

- Likvärdig behandling kan självadministreras med hjälp av t.ex. receptfri medicin, men där individen anser att det är det offentliga samhället som ska betala
- Egenvård kan ge samma behovshantering, men med något längre tid; vårduppsökandet beror främst på otålighet i tillfrisknandet
- Den upplevda ohälsan innebär ej ett professionellt bedömt behov, dvs. orolighet då individen tror sig vara sjuk men inte är det somatiskt
- Behovet är icke-medicinskt, vanligtvis exemplifierat genom plastkirurgi för utseendeförändringar. Gränsdragningen är i detta fall något otydlig, men vi är generellt överens om att det finns viss del tydlig överkonsumtion av vård

Dessa fyra illustrerande exempel ger tillfällen då det är accepterat att styra vårdkonsumtionen genom patientavgifter, men utöver dessa finns det som sett risk för att ojämlikhet uppstår. Resultaten i de analyserade studierna visar att upp till 24% av respondenter avstår från vård trots (upplevt) behov, och att detta skiljer sig mellan socioekonomiska grupper. Att kvinnor, utlandsfödda samt de med lägre utbildning avstår i större utsträckning, trots att de har en större efterfrågan (i linje med större professionellt bedömt behov) på vård innebär därav att patientavgifterna kan anses kapa vårdkonsumtion utöver överkonsumtion.

Således kan patientavgifterna komma att bidra till ojämlikhet kontra de principer som Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5, Prop 1996/97:60) formaliserade i människovärdes- samt behovs-solidaritetsprincipen, då individer med samma (professionellt bedömda) vårdbehov, dvs. ej fall som enligt ovan kan kapas, ej kan utnyttja vården i samma utsträckning på grund av patientavgifterna. Sjukvårdshuvudmännen kan därmed ej garantera att alla individer i en region ges lika möjlighet att uppnå samma vårdkonsumtion. Än mindre kan detta garanteras för vården i Sverige som helhet, då patienter möter olika avgifter i olika delar av landet, utan att någon av den redovisade tidigare forskning kan påvisa att underliggande socioekonomiska eller liknande variabler direkt kan förklara att variation i patientavgifter kan kapa varierande nivåer på överkonsumtion i olika delar av landet. I likhet med den slutsats

SKL (2009) drar så är både horisontell och vertikal ojämlikhet i de åskådade fallen till de socialt utsattas nackdel.

6.1.2 Patientavgifternas övriga mål – kan dessa påverka jämlikheten?

Den tidigare forskning som presenterats behandlar *styrning av vårdkonsumtion till rätt instans* enbart i den generella meningen att prisdifferentiering bidrar till att antalet besök i primärvården relativt till specialistvården ökar. Avsaknaden av mer specifika studier skulle kunna tyda på att styreffekterna av patientavgiften är små men kan även bero på den stora variationen i huruvida prisdifferentiering samt remisstvång implementeras i regionerna. Det teoretiska underlaget för styrfunktionen är att skapa en ytterligare *tröskel* i vårdutnyttjandet så att enbart de med större professionellt bedömt behov, för vilket det krävs mer specialiserad (och dyrare) vård, styrs till högre instanser. Det är emellertid återigen så att höginkomsttagare har större möjligheter att utnyttja vården, här framförallt de högre nivåer, vilket skulle kunna betyda att höginkomsttagare i förhållande till sitt behov kan utnyttja mer specialiserad och dyrare vård, medan låginkomsttagare styrs allt tydligare till primärvården.

Implikationerna för jämlikhet beror emellertid på om vi tolkar resultaten från tidigare forskning så att (1) patientavgifterna främst utgör en liten, men meningsfull *tröskel* till vården eller (2) så att även relativt marginella förändringar därefter påverkar efterfrågan (det vill säga priselasticiteten kan anses vara signifikant och betydelsefull). Gäller det tidigare fallet (1) behöver inte styrningsfunktionen påverka tillgången till vård beroende på betalningsförmåga, men i det senare fallet (2) kan en hög priskänslighet för vissa grupper leda till en underkonsumtion av vård givet (professionellt bedömt) behov. Då den tidigare forskning i föregående kapitel inte ger något enhetligt svar kring priselasticiteten, och än mindre så i svenska sammanhang är det ej självklart i vilken riktning styrning av vårdefterfrågan med hjälp av differentierade patientavgifter påverkar jämlikheten.

Vidare är avgiftsnivåerna i svensk sjukvård satta så lågt att de bara bidrar till en mycket liten del av vårdens totala omkostnader; och syftet att patientavgifterna ska *bidra till vårdfinansieringen* får enbart en marginell betydelse. Då Sverige valt att istället inhämta finansieringen från skatter är utfallet som tidigare sett mer (horisontellt) jämnt, eftersom låginkomsttagare bär en proportionerlig finansieringsbörda. Vi kan således avfärda detta mål då det även i materialet saknas anledning att tro att de regionala skillnaderna i patientavgifterna har motiverats av kostnadsfinansiering, samt att detta mål överlag ej ses påverka jämlikheten i vårdtillgången.

Vidare, för att kostnadseffektivitet (som tredje prioriteringsprincip i enlighet med SOU 1995:5 och Prop 1996/97:60) ska kunna förbättras med patientavgifter krävs som nämnt att avgiften måste leda till att de med störst behov och mest effektivt utfall av vårdinsatser konsumerar vården. Det är just i denna problematik mellan behovs- och efterfrågestyrd vård

som politiska åsikter höjs för att efterfrågan bör stå åt sidan för behovet vilket även kan förklara det politiska målet att patientavgifter ska *öka kostnadsmedvetandet*.

Men kostnadsmedvetenhet är ett något diffust begrepp, både i teoretiska sammanhang samt i mer praktisk-politisk mening. En möjlig tolkning är att det handlar om att införa en värdering utöver det direkta priset, som även inkluderar vårdbesökets sociala externaliteter i form av minskad vård för andra patienter med möjligen större behov. Exempelvis kan kostnadsmedvetenhet något förenklat länkas till prisdifferentieringen, då de olika avgiftsnivåerna ger en prissignal för att specialistvård är mer kostsamt och därmed kräver en större betalningsvilja baserat på ett större behov. Detta kräver emellertid att patientavgifterna får individen att bli mer altruistisk, vilket ett konstant pris rimligen inte kan tänkas göra. Kostnadsmedvetenhet som mål kan därav inte heller sägas påverka jämlikheten i någon betydande utsträckning.

Vad som nu blir tydligt är att den tidigare presenterade forskningen samt den teoretiska analysen av möjligheten att patientavgifterna styr vårdutnyttjandet inte ger någon anledning att tro att de politiska målen med patientavgifter utöver att minska överkonsumtionen får en entydig effekt på jämlikheten, dels mellan olika patientgrupper och dels mellan olika regioner. Av intresse är därför snarare att diskutera om patientavgifterna med stöd i teori och forskning från andra sjukvårdssystem kan erbjuda argument för att patientavgifterna (trots allt) inte bidrar till ojämlikhet.

6.1.3 Alternativa utformningar av patientavgiften för att öka jämlikheten

Ett huvudresultat i uppsatsens analys har varit att patientavgifterna ej kan påverka ”rätt” överkonsumtion med lika avgifter för alla. En lösning till detta kan således vara en progressiv differentiering baserat på inkomst, vilket rent juridiskt stöter på problem då differentiering mellan olika medborgare generellt inte tillåts. Vi kan även tolka Okma (1998) som att ett progressivt system ej skulle vara effektivt det enbart ger skydd för låginkomsttagare, men varken är tydligt för patienter eller enkelt administrativt.

Ytterligare ett alternativ till dagens utformning är enhetliga avgifter för hela vården i Sverige, det vill säga ett fränsteg från regionalt självstyre likt vad Norge och Danmark har valt att göra för sina sjukvårdssystem (Svensk Försäkring, 2013). Detta skulle hantera de effekter som kan tolkas ur Gerdtham och Sundberg (1998) där högre avgifter i vissa regioner ger ökad ojämlikhet om relationen mellan låg och hög inkomsttagare är jämn mellan regioner. Emellertid kan inte de regionala skillnaderna effektivt påtala en sådan effekt då jämförelser av stora grupper med blandade socioekonomiska drag, så som över olika inkomst- eller utbildningsgrupper, ger mindre tydliga resultat för de teoretiska prediktionerna. Detta problem kvarstår emellertid även för studier av jämlikhet i enhetliga patientavgifter.

Diskussionen kring högkostnadsskyddet har varit något begränsad, främst då patienter efter att de uppnått 1100kr i sjukvårdsutgifter teoretiskt enbart bör behandla sin egen tidskostnad och inte priset i valet att uppsöka vården samt att avsaknaden av data på individnivå i Sverige

ej möjliggör studier av utnyttjandet hos de som uppnår skyddet och deras val av vidare vård. Generellt ser vi emellertid att högkostnadsskydd får en utjämnande effekt på vårdkonsumtionen mellan olika grupper. Från detta kan vi även hämta en alternativ väg att öka jämlikheten i närvaro av patientavgifter genom differentierade högkostnadsskydd vilka effektivt skulle kunna ta bort hela vårdomkostnaden för de med allra lägst (eller obefintliga) inkomster, likt det skydd man har för barn. Således hade man kunnat undvika den horisontella och vertikala ojämlikhet som finns i åtgärdbar dödlighet genom att patientavgiften blir en barriär för förbättrande av professionellt bedömd ohälsa. Emellertid har även detta alternativ liknande effektivitetsproblem som ovan, i enlighet med Okma (1998).

6.2 Slutsats

Från diskussionen kan vi dra slutsatsen att det finns skäl att tro att vårdutnyttjandet sker på olika villkor för olika delar av den svenska befolkningen. Alla skillnader i öppenvården är emellertid inte ojämlika, men att patientavgifter skiljer sig utan välmotiverad orsak skulle kunna vara ojämlikt i fall det leder till ojämlikhet i utnyttjande av öppenvården och därigenom (vanligtvis) även i hälsoutfall. Patientavgifternas tröskel- eller barriäreffekter blir därmed viktigare än likhet i själva avgiften i sig, och skiljer sig dessa effekter mellan olika regioner finns det möjlighet att dra slutsatsen att den nuvarande utformningen av patientavgifterna ger upphov till ojämlikhet i vården.

Att vården ska vara jämlik för alla är en självklar grund för det svenska sjukvårdssystemet. Det är således sjukvårdshuvudmännens (regionerna och landstingens) ansvar att garantera att öppenvårdens patientavgifter inte leder till horisontell eller vertikal ojämlikhet; barriäreffekter får ej leda till att individer med lika (professionellt bedömda) vårdbehov stängs ute från vården, tröskeeffekter får ej hindra de med störst (professionellt bedömda) vårdbehov från att utnyttja vården mest. Patientavgifter *är* olika, och för att olikheten trots allt ska vara jämlik krävs det att patientavgifternas effekter är betydelselösa. Studierna ovan visar att effekterna inte är betydelselösa, och den svårare vägen till att rättfärdiga patientavgifterna blir då att visa att de bidrar till mindre ojämlikhet mellan olika regioner och över socioekonomiska grupper.

Den underliggande ekonomiska teorin kan förklara att patientavgifter kan vara olika men ej behöver bidra till ojämlikhet genom att patientavgifterna minskar överkonsumtion och styr vårdutnyttjandet till rätt instans genom att träffa en efterfrågad vårdinsats som är baserad på ett hälsorelaterat vårdbehov²⁵ utan att dessa effekter skiljer sig systematiskt mellan olika grupper. För att kunna utforma ett sådant patientavgiftssystem hade emellertid mer utförlig data på individnivå krävts och i avsaknad av det ges i litteraturstudien belägg för att man inte kan bekräfta att patientavgifter bidrar till mindre ojämlikhet. Trots tecken på att patientavgifternas effekter kan vara ojämlika kan man inte heller bekräfta detta.

²⁵ Se Figur 4 i Kapitel 2 för en grafisk beskrivning av dessa begrepp.

Då ansvaret för att bestämma nivån på patientavgifter faller på politiska beslutsfattare kan man därmed argumentera för att det krävs att de inte bagatelliserar ojämlikhetsproblemet då patientavgifternas effekter sannolikt ej är jämlika, men troligen inte heller bidrar till mindre ojämlikhet. Således är inte patientavgifter i sig är lösningen på hälsoskillnader, men möjligen ett problem för dess lösning. Denna uppsats konstaterar därmed att det krävs vidare inhämtning av data samt studier av patientavgifternas relation till den ekonomiska teorin för värdefterfrågan för att rättfärdiga att de inte bidrar till regional ojämlikhet.

6.2.1 Framtida forskning

Genomgående i den svenska hälsoekonomiska litteraturen framhålls avsaknaden av djupgående forskning kring patientavgifter, vilket dels kan förklaras med en stor brist på data på individnivå för utgifter för sjukvård, hälsoutfall samt socioekonomiska variabler (se t.ex. Socialstyrelsen (2011) och SOU 2012:2). Ett talande citat återfinns i Vårdavgiftsutredningen: ”[i]nget landsting har en samlad bild av hur mycket den enskilde patienten betalat för sina besök ” (SOU 2012:2, s.78). Om man valt att samköra och utveckla olika databaser och register inom vården för att kunna analysera individers totala vårdutgifter samt hälsoutfall hade det gett möjlighet att analysera effekterna av patientavgifter i fall av höjningar, sänkningar samt prisdifferentiering, över exempelvis socioekonomiska grupper eller regioner. Även om datainsamlingsmetoderna inte hade använts för experimentella studier likt RAND-studien (Manning et al, 1987) så hade de gett möjlighet att följa individer över tiden för att förstå hur vårdutnyttjande påverkas av hälsotillstånd eller patientavgifter. Framförallt hade det även gett möjlighet att jämföra individer i olika regioner som möter olika patientavgift men som är lika i variabler så som hälsotillstånd, inkomst och ålder, för att direkt studera huruvida patientavgiften påverkar vårdutnyttjandet.

Att skapa ett gemensamt register kan emellertid anses vara problematiskt då det innebär en (ytterligare) inskränkning av personuppgiftsskyddet. Ett alternativ är mer specificerade jämlikhetsstudier likt Beckman et al (2004) vilken begränsar sig till män i Malmö under en viss period. I förlusten av generella resultat vinner man istället att det inte krävs lika långtgående datainsamling. Framtida forskning hade således kunnat fokusera på enskilda delar i ett försök till fastställande av huruvida patientavgifter bidrar till ojämlikhet genom att fokusera på enskilda socioekonomiska variabler så som kön, inkomst och utbildning.

Ett problem som emellertid inte kan undvikas är avsaknaden av data för hälsoutfallen då individer väljer att *inte* uppsöka vården. Om framtida studier hanterar detta, likt Westin et al (2004), genom att studera enkätsvar för varför individer inte väljer att uppsöka vården trots (upplevt) vårdbehov så förloras möjligheten att studera jämlikhet i hälsoutfall, vilket är det vi i grunden försöker uppfylla. Ett möjligt alternativ är att studera fall då inkomster plötsligt faller (eller ökar) för en grupp under en period, t.ex. vid ej sjukdomsgrundad arbetslöshet (eller tillfällig anställning), för att se om de då väljer bort (till) vård i högre grad och om deras hälsotillstånd försämras (förbättras).

6.3 Epilog

Sedan denna uppsats påbörjades har det vid årsskiftet skett vissa förändringar i patientavgifter i ett par landsting. Fullständig data återfinns i Appendix B Tabell 1. Av intresse är framförallt de landsting som valt att frångå prisdifferentiering mellan primär- och specialistvård: Jönköping, Västerbotten samt Norrbotten. Av dessa har de senare två valt att sänka avgiften i specialistvården ner till primärvårdsavgiften, medan Jönköping valt att höja avgiften i primärvården med två tredjedelar (från 150kr till 250kr) medan de enbart sänker avgiften i specialistvården med 50kr (från 300kr till 250kr). För en sådan (relativt markant) förändring är det rimligt att förvänta sig att hitta en motivering för ökningen samt valet av enhetliga taxor med underlag i påverkan på vårdutnyttjandet i de politiska beslutsmaterialen. Studerar man det underlag som ges i Region Jönköpings län (2015a, 2015b) så finner man att främsta syfte verkar ha varit ökade intäkter utan att behöva höja regionalskatten. I de politiska besluten finns det därav ingen uttrycklig tanke kring de effekter som patientavgifter har på vårdutnyttjandet och huruvida differentierade avgifter är viktigt ur styrningssynpunkt. Det finns således inte heller någon uttryckt tanke kring hur syftena med patientavgifter omprioriteras och de ojämlikhetseffekter som förändringen kan resultera i.

Referenser

1177 Vårdguiden (2016). Öroninflammation. Tillgänglig på: <http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Oroninflammation/> [Hämtad 30 mars 2016].

Anell, A. (2014). Vilken ojämlikhet är mest rättvis? Patientinflytande och egenavgifter i svensk vård. Falun: Uppdrag Välfärd.

Beckman, A., Merlo, J., Lynch, J. W., Gerdtham, U-G., Lindström, M. & Lithman, T. (2004). Country of Birth, Socioeconomic Position, and Healthcare Expenditure: A Multilevel Analysis of Malmö, Sweden, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 89, no. 2, pp. 145-149.

Burström, B. (2002). Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s?, *Health Policy*, vol. 62, pp. 117-129.

Burström, B., Schultz, A., Burström, K., Fritzell, S., Irestig, R., Jensen, J., Lynöe, N., Marttila, A. & Sun, S. (2008). Hälsa, livsvillkor och sjukvårdsutnyttjande bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper, *Socialmedicinsk tidskrift*, no.1, pp. 17-23.

Corrieri, S., Heider, D., Matschinger, H., Lehnert, T., Raum, E. & König, H-H. (2010). Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payments for 65+ patients - a systematic review, *International Journal for Equity in Health*, vol. 9.

Culyer, A. J. & Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care, *Journal of Health Economics*, vol. 12, pp. 431-457.

Dir. 2025:60. En kommission för jämlik hälsa (kommittédirektiv).

Folkhälsomyndigheten (2014). Folkhälsan i Sverige: Årsrapport 2014 [pdf]. Tillgänglig på: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/17825/Folkhalsan-i-Sverige-arsrapport-2014.pdf> [Hämtad 30 mars 2016].

Folkhälsomyndigheten (2016). Nationella folkhälsoenkäten: Resultat A-Ö – tidsserier 2014 [Excel]. Tillgänglig på: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/> [Hämtad 4 december 2015].

Gerdtham, U-G. (1997). Equity in Health Care Utilization: Further Tests Based on Hurdle Models and Swedish Micro Data, *Econometrics and Health Economics*, vol. 6, pp. 303-319.

Gerdtham, U-G. & Jönsson, B. (1991). Price and quantity in international comparisons of health care expenditure, *Applied Economics*, vol. 23, no. 9, pp. 1519-1528.

Gerdtham, U-G. & Sundberg, G. (1997). Sjukvårdens rättvisa fördelning, *Ekonomisk Debatt*, vol. 25, no. 7, pp. 415-422.

Gerdtham, U-G. & Sundberg, G. (1998a). Equity in the delivery of health care in Sweden, *Scandinavian Journal of Social Medicine*, vol. 26, no. 4, pp. 259-264.

Gerdtham, U-G. & Sundberg, G. (1998b). Redistributive effects of Swedish health care finance, *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 13, no. 4, pp. 289-306.

Gerdtham, U-G. & Trivedi, P.K. (2001). Equity in Swedish health care reconsidered: new results based on the finite mixture model. *Health Economics*, vol. 10, pp. 565-572.

Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *The Journal of Political Economy*, vol. 80, no. 2, pp. 223-255.

Haglund, B. & Rosén, M. (1996). Sprickor i välfärdsmuren: lågutbildade missgynnas i vården. *Läkartidningen*, vol 93, no. 42, pp. 3672-3677.

Jack, W. (1999). Principles of Health Economics for Developing Countries. The World Bank: Washington, D.C.

Kruse, A. & Ståhlberg, A-C. (2013). Welfare Economics: Theory, empirical results and the Swedish experience. Lund: Studentlitteratur AB.

Landstingsförbundet (1993). Från sjukdom till avreglering. Stockholm: Landstingsförbundet.

Manning, W. G., Newhouse, J., Duan, N., Keeler, E. B., Leibowitz, A. & Marquis, M. S. (1987). Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, *The American Economic Review*, vol. 77, no. 3, pp. 252-277.

Mooney, G. (1986). Economics, Medicine and Health Care. Worcester: Billing & Sons Ltd.

Morris, S., Devlin, N. & Parkin, D. (2007). Economic Analysis in Health Care. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Okma, K. (1998). Why, when and how should patients be charged?, *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 3, no. 3, pp. 131-133.

Prop 1981/82:97

Prop 1990/91:14

Prop 1992/93:129

Prop 1996/97:60

Region Jönköpings län (2015a). Budget med verksamhetsplan 2016 Flerårsplan 2017-2018 [pdf]. Tillgänglig på: http://www.rjl.se/globalassets/rjl/demokrati/regionfullmaktige/2015/2015-10-27/08_budget_avsnitt_0_7_rjl2015_710_budget_2016.pdf [Hämtad 30 mars 2016].

Region Jönköpings län (2015b). Protokoll Regionfullmäktige §§ 108-126 [pdf]. Tillgänglig på: http://www.rjl.se/globalassets/rjl/demokrati/regionfullmaktige/2015/2015-10-27/protokoll_151027.pdf [Hämtad 30 mars 2016].

Saltman, R. & Figueras, J. (1997). European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies, World Health Organization: Copenhagen.

SFS 1982:763

SFS 2014:821

Skriabikova, O., Pavlova, M. & Groot, W. (2010). Empirical Models of Demand for Out-Patient Physician Services and Their Relevance to the Assessment of Patient Payment Policies: A Critical Review of the Literature, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 7, pp. 2708-2725.

Socialstyrelsen (2000). Patientavgifter och vårdefterfrågan – en kunskapsöversikt, SoS-rapport 2000:8, Linköping: Linköpings Tryckeri AB.

Socialstyrelsen (2002). Vårdens värde: vad får vi för pengarna i vård och omsorg? Uppsala: ORD&FORM AB.

Socialstyrelsen (2009). Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 [pdf]. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8496/2009-126-72-rev2.pdf> [Hämtad 30 mars 2016].

Socialstyrelsen (2006). Metod för behovsbedömning: Rapport från InfoVU-projektets kunskapsnätverk för behov [pdf]. Tillgänglig på: https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9682/2006-124-9_20061249.pdf [Hämtad 30 mars 2016].

Socialstyrelsen (2011). Ojämna villkor för hälsa och vård: Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården [pdf]. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/lists/Artikelkatalog/Attachments/18546/2011-12-30.pdf> [Hämtad 30 mars 2016].

Socialstyrelsen (2014a). Öppna jämförelser 2014: Folkhälsa [pdf]. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19549/2014-12-3.pdf> [Hämtad 30 mars 2016].

SOU 1995:5. *Vårdens svåra val.*

SOU 1999:137. *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan: delbetänkande.*

SOU 2000:91. *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan: slutbetänkande.*

SOU 2012:2. *Framtidens högkostnadsskydd i vården.*

SOU 2016:2. *Effektiv vård.*

Statistiska Centralbyrån (2015a). Prisomräknaren. Tillgänglig på: <http://www.sverigeisiffror.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/prisomraknaren/> [Hämtad 4 december 2015].

Statistiska Centralbyrån (2015b). Statistikdatabasen. Tillgänglig på: <http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/?rxid=43c69a97-0ed8-4276-891c-ac675cb1d8c4> [Hämtad 4 december 2015].

Svensk Försäkring (2013). Vård- och omsorgssystemens utformning och finansiering – en internationell utblick [pdf]. Tillgänglig på: http://www.svenskforsakring.se/Global/Rapporter/SF_rapport3_web.pdf [Hämtad 30 mars 2016].

Sveriges Kommuner och Landsting (2009). Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård, Södertälje: Ljungbergs Tryckeri.

Sveriges Kommuner och Landsting (2014). Statistik om hälso- och sjukvård, samt regional utveckling 2014: Ekonomitabeller 2014 [Excel]. Tillgänglig på: <http://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistiknyckeltaljamforelser/ekonomiochverksamhetsstatistik/landstingekonomiochverksamhet.1342.html> [Hämtad 30 mars 2016].

Sveriges Kommuner och Landsting (2015). Patientavgifter fr.o.m. den 1 januari 2015 [pdf]. Tillgänglig på: <http://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/patientavgifter.246.html> [Hämtad 4 december 2015].

Sveriges Kommuner och Landsting (2016). Patientavgifter fr.o.m. den 1 januari 2016 [pdf]. Tillgänglig på <http://skl.se/download/18.284d80d1151e8332c1a77255/1453294016178/Patientavgifter-2016.pdf> [Hämtad 30 mars 2015].

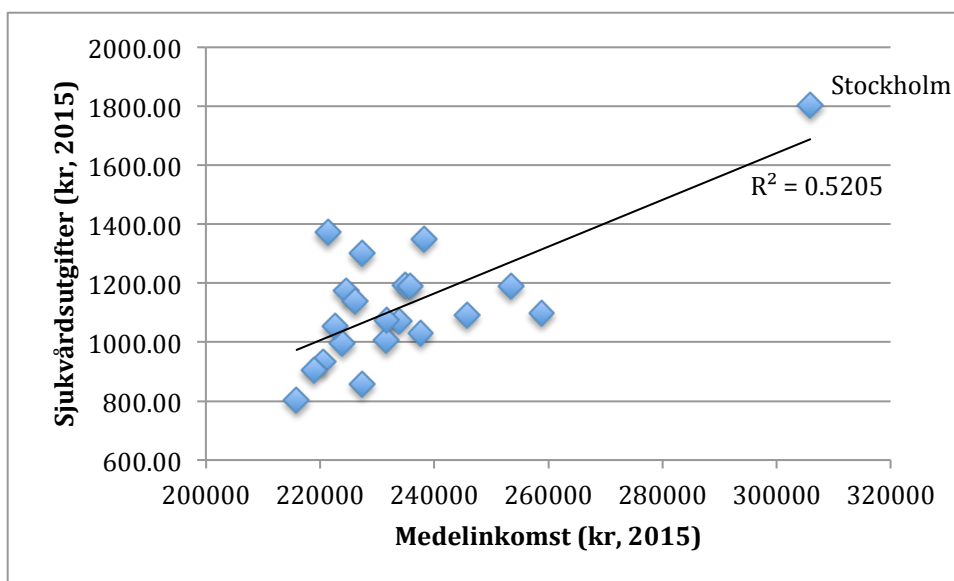
Van Doorslaer, E. & Gerdtham, U-G. (2003). Does inequality in self-assessed health predict inequality in survival by income? – Evidence from Swedish data, *Social Science & Medicine*, vol. 57, pp- 1621-1629.

Westin, M., Åhs, A., Bränd Persson, K. & Westerling, R. (2004). A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care – lack of confidence in the medical services a plausible explanation?, *Health Policy*, vol. 68, pp. 333-344.

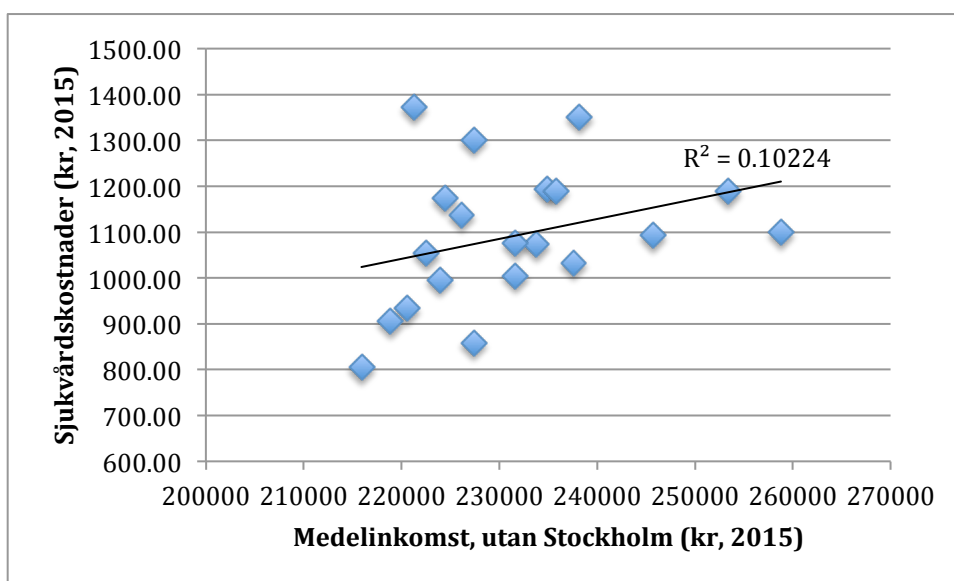
World Health Organization (2003). WHO definition of Health. Tillgänglig på: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [Hämtad 4 december 2015].

Zweifel, P. & Manning, G. (2010). Moral hazard and consumer incentives in health care, in A.J. Culyer & J.P. Newhouse, (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: Elsevier Science B.V.

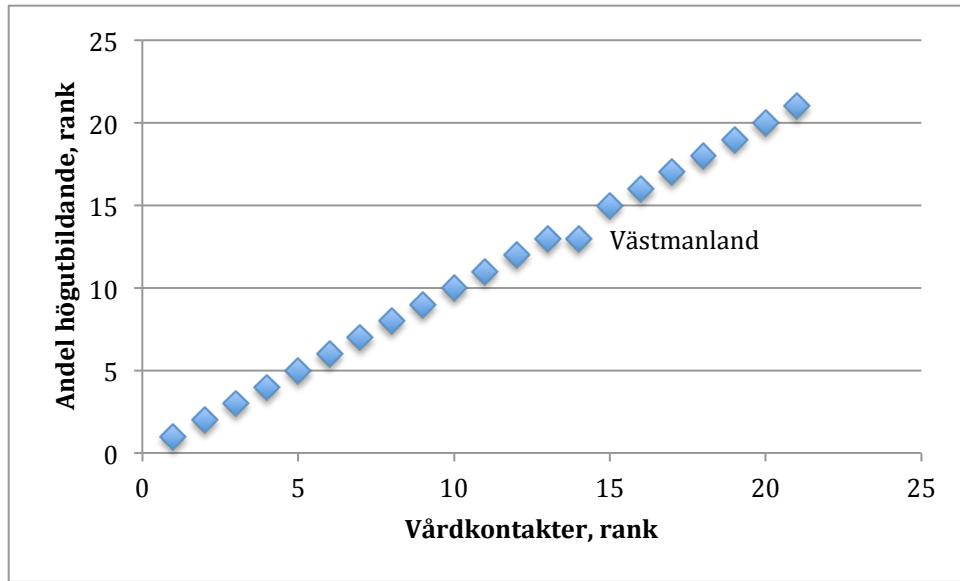
Appendix A



Figur 1: Enkel korrelation av genomsnittliga sjukvårdsutgifter och medelinkomst för olika regioner/landsting (Statistiska centralbyrån, 2015b; SKL, 2014; Folkhälsomyndigheten, 2016)



Figur 3: Enkel korrelation av genomsnittliga sjukvårdsutgifter och medelinkomst för olika regioner/landsting – exklusive Stockholms läns landsting (Statistiska centralbyrån, 2015b; SKL, 2015; Folkhälsomyndigheten, 2016).



Figur 3: Enkelrangordning av andel högutbildade gentemot antal vårdkontakter per invånare för de olika regionerna (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Appendix B

Landsting/region	Primärvård (2015)	Specialistvård (2015)	Primärvård (2016)	Specialistvård (2016)
Stockholm	200	350	200	350
Uppsala	150	300	170	330
Södermanland	150	300	150	300
Östergötland	150	300	150	300
Jönköping	150	300	250	250
Kronoberg	150	300	150	300
Kalmar	200	200	200	200
Blekinge	150	300	150	300
Skåne	160/200	300	160/200	300
Halland	150	300	150	300
Västra Götaland	100/300	300	100/300	300
Värmland	200	200	200	200
Örebro	120	250	120	250
Västmanland	150	320	150	320
Dalarna	150	300	200	350
Gävleborg	200	200	200	200
Västernorrland	150	300	150	300
Jämtland Härjedalen	150	250	150	250
Västerbotten	200	300	200	200
Norrbottn	200	300	200	200
Gotland	200	300	200	300

Tabell 1: Generella patientavgifter i landsting och regioner för 2015 samt 2016. Förändringar markerade i fetstil. Vid olika avgifter på mottagning där man är skriven samt övriga anges detta med ett snedstreck (SKL, 2015; SKL, 2016)