

Varning för vidgade hälsoklyftor

Hälsoklyftorna har ökat mellan 1980 och 1990, och har sannolikt ökat ytterligare de senaste åren på grund av den höga arbetslösheten. Hälsan beror på såväl arbetsmiljö, lön som arbetstid. Arbetsmiljön visar sig ha större betydelse för kvinnors hälsa än för mäns, medan låg lön har en negativ effekt på hälsan både för män och kvinnor. Finansieringen av sjukvårdskostnaderna har effekter på inkomstfördelningen, som i sin tur påverkar hälsans fördelning. Utformningen av finansieringssystemet har därför avgörande betydelse för om hälsoklyftorna kommer att vidgas ytterligare. Ökad finansiering via egenavgifter, som det ändrade högkostnadsskyddet medför, gör att låginkomsttagare drabbas i högre grad. Dessa avgifter är ju regressiva beroende på att sjukvårdsutnyttjandet är större i lägre inkomstgrupper. En höjd landstingsskatt däremot, skulle inte drabba låginkomsttagarna i samma grad.

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.” (Svensk Författningssamling. SFS 1982:763, 2 §). Den goda hälsan skall åstadkommas genom att ”Varje landstingskommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen.” (SFS 1982:763, 3 §). Det är således varje landstingskommuns ansvar att verka för en god hälsa hos befolkningen. Om hälsan är dålig hos en individ drabbas inte bara individen utan även samhället av dess negativa konsekvenser. Till exempel blir produktiviteten lägre hos en individ med dålig

hälsa och arbetsutbudet minskar också, eftersom individer med dålig hälsa inte orkar arbeta tillräckligt mycket. Dålig hälsa medför också att ekonomiska resurser dras både från den som är sjukskriven, i form av inkomstbortfall, och från samhället i form av kostnader för ökad sjukvård. Dessa kostnader måste finansieras och olika finansieringssystem ger upphov till omfördelningseffekter som ibland kan ses som orättvisa.

Ur samhällets synvinkel är det viktigt att veta hur hälsan är fördelad och vad som bestämmer hälsan, eftersom denna fördelning delvis avgör hur resurserna till sjukvården fördelas. Resursfördelningen och finansieringen av sjukvården påverkar sedan inkomstfördelningen, som i sin tur kan påverka hälsofördelningen. Fördelningen av hälsa och inkomster hänger således intimt samman och kausalsambanden är inte alltid glasklara.

För att åstadkomma en god hälsa krävs resurser från stat och kommun. Men ökade anslag till sjukvården innebär minskade anslag till andra sektorer, ceteris paribus.

Fil dr GUN SUNDBERG är universitetslektor i nationalekonomi vid Uppsala universitet. Hon disputerade i höstas på avhandlingen "Essays on Health Economics" och arbetar för närvarande bland annat med ett EU-projekt om kostnader för stroke.

Man tvingas då prioritera mellan olika utgiftsanslag. Även vid fördelningen av resurserna inom sjukvården tvingas man till prioriteringar, där effektiviteten i resursanvändningen bör beaktas. Det skulle till exempel kunna vara samhällsekonomiskt lönsamt att ge höginkomsttagarna mer sjukvårdsresurser än låginkomsttagarna om de mer välsituerade har förmågan att kunna använda resurserna effektivare.¹ En sådan fördelning strider dock mot målet om vård på lika villkor.

Syftet med denna artikel är att diskutera fördelningen av hälsa och fördelningseffekter av sjukvårdens finansiering med utgångspunkt från min nyligen framlagda doktorsavhandling (Sundberg [1996]). Uppsatserna i avhandlingen berör alla på ett eller annat sätt hälsofördelningen och resursfördelningen samt hur hälsan bestäms.² I artikeln behandlas först den inkomstrelaterade ohälsan. Därefter diskuteras finansieringssystemet, dess omfördelningseffekter och de konsekvenser som skulle bli följden vid de finansieringsförslag som diskuteras i debatten. Det tredje avsnittet behandlar kausaliteten mellan löner, arbetstid och hälsa samt arbetsmiljöeffekter på hälsan, allt sett i ett könsperspektiv. Avslutningsvis diskuteras effekterna av en alternativ finansiering av sjukvården.

Inkomstrelaterad ohälsa

Hälsan påverkas av både medicinska och socio-ekonomiska förhållanden, där inkomsten spelar en stor roll. I ett internationellt perspektiv är hälsan, sett som ett aggregat, jämnare fördelad i Sverige än i många andra länder (van Doorslaer m fl [1996]). När fördelningen av hälsa studeras används i de flesta studier ett mått på hälsa som är subjektivt betingat. Individerna får själva svara på en fråga om hur de mår, där svaren rangordnas på en skala från bra (mycket bra) till dåligt (mycket dåligt). Hälsomåttet är alltså ett ordinalt

mått, där jämförelser mellan individer är svåra att göra. Individerna relaterar ju sin hälsa till sin normala omgivning. Om hälsan är bra eller dålig beror emellertid på underliggande sjukdomar, som kan vara mer eller mindre allvarliga. Banala åkommor, som förkylning och huvudvärk, kan till exempel göra att en person inte mår bra, lika väl som magont, hjärtbesvär och psykiska sjukdomar kan orsaka dålig hälsa.

Dålig hälsa kan sammankopplas med yrken med dålig arbetsmiljö och låg inkomst.³ En del sjukdomar kan även kopplas till vissa yrkeskategorier. Till exempel är ryggbesvär och problem med axlar och nacke vanligt förekommande inom vårddyrken och yrkesgrupper där arbetet är monotont eller ensidigt. Eftersom yrken och lön är beroende av varandra, kan många sjukdomar eller åkommor alltså vara inkomst/lön-relaterade, även om det aggregerade måttet på hälsa visar en jämn fördelning över inkomster. I en studie som ingår i min doktorsavhandling⁴ har 44 olika sjukdomstillstånd undersökts. Individerna har här fått frågan om de senaste tolv månaderna har drabbats av en viss sjukdom eller åkomma och i så fall om det varit lätt eller svårt. Ojämligheten

¹ Samhällskostnaden vid sjukdom, i form av inkomstbortfall och förlorade skatteintäkter, är ju högre för en höginkomsttagare än för en låginkomsttagare. I Culyer & Wagstaff [1993] finns fyra definitioner på behovet av sjukvård. En av dessa definitioner är kapaciteten att dra nytta av vården.

² I avhandlingen är efterfrågan på hälso- och sjukvård en empirisk test av Grossman-modellen (Grossman [1972]), den inkomstrelaterade ohälsan mäts med koncentrationsindex och sambandet mellan löner, arbetstid och hälsa är en simultanmodell som testas med hjälp av 3-steps minsta kvadratskattning.

³ Hur arbetsmiljön hänger ihop med lönen diskuteras senare i artikeln.

⁴ Gerdtham & Sundberg [1996b].

för de 44 sjukdomstillstånden har mätts med hjälp av koncentrationsindex⁵ för åren 1980 och 1990. Resultatet är att många banala åkommor, såsom huvudvärk, förkylning och hosta, drabbar låginkomsttagarna mer än höginkomsttagarna, liksom kronisk bronkit, allmän trötthet, illamående och ont i magen. Högt blodtryck och övervikt däremot drabbar höginkomsttagarna mer. Detta gäller för både 1980 och 1990. Flera av dessa åkommor kan sättas i samband med rökning, som förekommer i högre grad bland låginkomsttagarna. Att högt blodtryck förekommer mer i höginkomstgrupperna behöver inte nödvändigtvis betyda att dessa är mer drabbade i sig, utan kan bero på att höginkomsttagarna är mer medvetna om riskerna och således undersöker sig mer regelbundet. Därigenom upptäcks det höga blodtrycket i dessa grupper. Lite mer förvånande är det vid första anblicken att övervikt är vanligare i höginkomstgrupperna. Detta kan dock bero på att individerna har olika värderingar vad gäller övervikt. En som har det fett i plånboken kanske inte vill vara rund om magen!

Ur policy-synpunkt kan det vara intressant att studera skillnaderna mellan de båda åren. Här visar det sig att fördelningen av sjukdomstillstånden i allmänhet är mer ojämn 1990 än 1980 och i regel till låginkomsttagarnas nackdel. Situationen har till och med förvärrats mellan 1980 och 1990 för låginkomsttagarna vad gäller magsår, illamående, ont i magen och nervösa besvär. Här har säkert informationen och initiativet att söka läkarhjälp stor betydelse. Det kan helt enkelt vara så att låginkomstgrupperna inte sökt läkarhjälp i tid när de haft magbesvär. Därigenom har det magonda utvecklats till magsår, medan höginkomsttagarna sett till att få effektiva mediciner på ett tidigt stadium så att magsår har undvikits. Höginkomsttagare kan alltså i detta avseende sägas ta mer av sjukvårdens resurser i anspråk än låginkomsttagare och ännu mer dra nytta av starkt subventionerade läkemedel. Detta

leder oss in på att diskutera omfördelningseffekter av sjukvårdens finansiering.

Sjukvårdens finansiering

Sjukvården bjuds ut och finansieras huvudsakligen offentligt i Sverige, men konsumeras privat i kvantiteter som bestäms av läkare inom givna budgetramar. Med de stora underskott som numera finns i de offentliga finanserna ställs hårdare krav både på att reducera kostnaderna och på att fördela resurserna mer effektivt. Stora förändringar har också ägt rum inom sjukvårdsorganisationen, till exempel införandet av interna marknader (Rehnberg [1995]). Dessutom förekommer förslag om att föra över mer och mer till privat finansiering via egenavgifterna. Frågan är hur väl detta överensstämmer med rättvisemålen i sjukvårdslagen (Svensk Författningssamling [1982]). Finansiering via högre egenavgifter kan till exempel göra att låginkomsttagare inte har råd att besöka läkare och detta kan uppfattas som orättvist, eftersom låginkomsttagare har sämre hälsa.⁶ Höjda egenavgifter innebär också att mindre andel av den disponibla inkomsten kan användas till köp av andra varor och tjänster än sjukvård. Vidare får ökad skattefinansiering progressiva, regressiva eller proportionella effekter beroende på hur skattesystemet är utformat.

Varje pålaga på inkomsten har effekter på inkomstfördelningen. I en studie som ingår i min doktorsavhandling⁷ har den totala omfördelningseffekten av sjukvårdens finansiering studerats. Omfördelningseffekten kan delas upp i tre delar; vertikal, horisontell och "reranking". Den verti-

⁵ Data utgörs av Levnadsnivåundersökningarna från 1981 och 1991 (Eriksson & Åberg [1987], Institutet för Social Forskning [1992], Fritzell & Lundberg [1994]).

⁶ Sambandet mellan löner och hälsa diskuteras mer ingående i nästa avsnitt.

⁷ Gerdtham & Sundberg [1996a].

Tabell 1 Sjukvårdskostnadernas finansieringskällor

Finansieringskälla	Procent 1980	Procent 1990
Landstingsskatter	56.0	60.0
Statsbidrag till landstingen	12.9	8.0
Statsbidrag till sjukvård i socialförsäkringen	3.1	3.9
Totala statsbidrag	16.0	11.9
Arbetsgivaravgift till sjukförsäkring	19.9	17.8
Privat konsumtion	8.1	10.3

Källor: Egna beräkningar från Nationalräkenskaperna och Landstingens Årsbok.

kala delen mäter den reduktion i jämlikhet som erhålls om alla inkomstenheter konfronteras med samma skatt.⁸ Den horisontella delen mäter den förändring som äger rum om inkomstenheter med samma inkomster behandlas olika. Taxeringssystemet kan ju vara sådant att familjer med olika antal barn till exempel beskattas olika, eller, som fallet är när det gäller landstingsskatten, att skattesatsen varierar mellan olika landsting. Den tredje delen i omfördelningen är "reranking"-effekten, som visar när individer med olika inkomster och rangordning före skatt byter plats i rangordning efter skatt.

I princip finns fyra finansieringskällor för sjukvården i Sverige; landstingsskatter, statsbidrag, arbetsgivaravgifter och egenavgifter. Vilka andelar av de totala sjukvårdskostnaderna som dessa finansieringskällor svarade för framgår av *Tabell 1*. Mer än hälften av sjukvårdskostnaderna finansierades således med landstingsskatter.

Varje hushåll betalade 1990 i genomsnitt nästan 14 procent av sin bruttoinkomst till sjukvården i form av dessa skatter och avgifter, vilket var en höjning från 12 procent av bruttoinkomsten 1980. Totalt sett var hela finansieringssystemet svagt progressivt både 1980 och 1990, och enda finansieringskällan som var regressiv var egenavgifterna.⁹ Någon orättvisa, eller horisontell omfördelning, i meningen att hushåll med lika inkomster betalar olika

mycket, förekom i nämnvärd grad endast vad gäller landstingsskatten, eftersom landstingen dels har olika skattesatser, dels har olika andelar av utgifterna som går till sjukvård.¹⁰ Således varierade skattesatsen år 1990 mellan 13,5 procent och 14,5 procent och sjukvårdens andel av utgifterna mellan 70 och 85 procent för de olika landstingen.

Nyligen fattade riksdagen beslut om att ändra högkostnadsskyddet. Från och med den 1 januari 1997 finns två högkostnadsskydd – ett för läkarbesök och sjukgymnastbehandling på 900 kronor, ett för läkemedel på 1 300 kronor. Det tidigare högkostnadsskyddet var 2 200 kronor för såväl läkarbesök, sjukgymnastik som läke-

⁸ Den vertikala omfördelningen, V , kan formaliseras till $(t/(1-t))K_T$, där K_T är Kakwanis index definierat som skillnaden mellan koncentrationsindex före skatt och Ginikoefficienten före skatt och t är skattesatsen. Detta index är positivt om skattesystemet är progressivt (Kakwani [1977]).

⁹ Med regressivt menas här att låginkomsttagarna står för en proportionellt sett större del av de totala egenavgifterna. Detta beror dock på att lägre inkomsttagare utnyttjar sjukvården mer än högre inkomsttagare, eftersom de oftare är sjuka.

¹⁰ Av landstingens utgifter var i genomsnitt 78 procent utgifter till sjukvård 1990.

medel.¹¹ Dessutom kommer livsnödvändiga mediciner, som tidigare varit gratis, att avgiftsbeläggas och subventionerna på läkemedel reduceras kraftigt från och med 1 januari 1997. Eftersom stor medvetenhet råder vad gäller de försämrade läkemedelssubventionerna från den 1 januari 1997, så har hamstring ägt rum under de sista månaderna av 1996. Läkemedelskonsumtionen kommer därför att bli mycket låg i början på 1997. Det förefaller rimligt att anta att de nya högkostnadsskydden kommer att innebära att individerna får betala mer ur egen ficka för mediciner och läkarbesök.¹² Eftersom den enda av sjukvårdens finansieringskällor som är regressiv är just egenavgifterna, så innebär omläggningen att det blir låginkomsttagarna som drabbas mer än höginkomsttagarna av de högre avgifterna.

Sjukvårdssektorn kommer att tillföras mer finansiella resurser från omläggningen av högkostnadsskyddet endast om konsumtionen av läkemedel och läkarvård inte minskar nämnvärt. Mer sjukvårdsresurser kan också komma från ökade statsbidrag till landstingen. Men detta skulle, *ceteris paribus*, innebära minskade anslag till exempelvis arbetsmarknaden. För att inte andra utgiftsområden skall drabbas om statsbidragen till landstingen höjs måste de statliga intäkterna öka via höjda skatter och avgifter. För några år sedan infördes den så kallade "egenavgiften i sjukförsäkringen", som varje löntagare betalar via skattsedeln. Denna avgift är inget annat än en "smygskatt", eftersom det inte är några öronmärkta pengar till sjukvården. Intäkterna från egenavgiften läggs nämligen ihop med alla andra skatter och har således varit med och bidragit till saneringen av det statliga budgetunderskottet. Om avgiften benämnes "egenavgift i sjukförsäkringen" bör den också komma sjukvården till del via statsbidragen till landstingen. Dessa bidrag borde ha höjts med motsvarande belopp när avgiften infördes. En höjning av denna avgift och fullständig överföring av intäkterna till landstingen

skulle ge landstingen mer ekonomiska resurser, som skulle komma sjukvården till del.

Många låginkomsttagare, som redan idag inte har råd att gå till doktorn när de är sjuka, får det sannolikt ännu svårare i det nya systemet. I än mindre grad kommer de att ha råd att lösa ut de mediciner de blir ordinerade. Detta kommer att försämra deras hälsotillstånd ytterligare med ännu lägre inkomster som följd, såvida inte de tar ett extra kvällsarbete för att fylla upp hålet i plånboken. Men då kanske hälsan blir ännu sämre på grund av för långa arbetsdagar. Sjukvårdens finansiering har således stor betydelse för den totala välfärdsfördelningen i samhället. Men sambanden är komplicerade; finansieringen påverkar hälsan, som påverkar inkomsten, som påverkar arbetsutbudet, som påverkar hälsan. Hur är då kausaliteten mellan löner, arbetstid och hälsa, och vilken betydelse har arbetsmiljön för dessa variabler?

Löner, arbetstid och hälsa

Löner, arbetstid och hälsa är variabler som är starkt beroende av varandra. Överlevnadsaspekten gör att hälsan bör vara beroende av både arbetstiden och lönen, därför att en alltför låg lön tvingar arbetaren till att arbeta mer för att få mer inkomst. Detta kan göra att han känner sig stressad och mår sämre. Kausaliteten kan också vara den omvända, det vill säga att löner och arbetstid påverkas av hälsan. Dålig hälsa sänker produktiviteten och tvingar individen att arbeta deltid, varför lönen blir lägre.

¹¹ Vissa landsting hade ett lägre högkostnadsbelopp på 1 600 kronor.

¹² Eftersom kostnaderna för läkemedel och läkarbesök inte får läggas ihop, så bör det vara svårare att uppnå två gränser (900 kronor och 1 300 kronor) än att komma upp till en gräns på 2 200 kronor. Om gränserna uppnås eller ej beror på individens konsumtionsfördelning på läkemedel respektive läkarbesök.

Att arbetsmiljön påverkar hälsan är självklart, men arbetsmiljön kan även få effekter på både lön och arbetstid. Ohälsosam eller farlig arbetsmiljö kan ju kompenseras med kortare arbetstid och/eller med högre lön,¹³ lika väl som att lönen kan vara låg i yrkeskategorier där arbetsmiljön är dålig. Dessutom kan ensidiga arbetsuppgifter göra att arbetet känns så tråkigt att individen väljer att arbeta deltid och då minskar inkomsten. Det finns således klara samband mellan arbetsmiljö, hälsa, lön och arbetstid.

Hälsan kan också vara könsrelaterad. Ser man på det aggregerade måttet för hälsa finns ingen skillnad mellan män och kvinnor när det gäller hur de upplever sitt hälsotillstånd. Däremot påverkar vissa arbetsmiljövariabler hälsan olika för män och för kvinnor. I min avhandling (Sundberg [1996, kap. 4] har jag undersökt hur ett antal arbetsmiljövariabler¹⁴ påverkar löner, arbetstid och hälsa. I allmänhet tycks arbetsmiljön påverka kvinnors hälsa negativt, medan männens hälsa inte påverkas alls av de undersökta arbetsmiljövariablerna. Således uppger kvinnor med psykiskt ansträngande arbeten och arbeten där man svettas mycket på grund av kroppsansträngning att man mår sämre än kvinnor som inte har sådana arbeten. Lite förvånande är det kanske att kvinnor som arbetar där det är bullrigt uppger att man mår bättre än kvinnor som inte arbetar i denna miljö. Dessa kvinnor har dessutom både lägre lön och längre arbetstid än kvinnor som inte arbetar där det är bullrigt¹⁵. En allmän föreställning är att det inte är bra för hälsan att arbeta vid bildskärm. Min avhandling visar dock att kvinnor som har mycket bildskärmsarbete uppger att de mår bättre, har längre arbetstid och högre lön än kvinnor som arbetar mindre vid bildskärm. I och för sig kanske inte så förvånande, eftersom det sannolikt rör sig om kvinnor i akademikeryrken, där ju hälsan är god.

Kvinnor som arbetar mycket vid bildskärm och i bullrig miljö har alltså längre

arbetstid än andra kvinnor. Kortare arbetstid än andra kvinnor har kvinnor med monotona och ensidiga arbeten. Detta behöver dock inte bero på att kvinnorna har kompenseras för den besvärliga arbetsmiljön, utan på att de själva valt att arbeta deltid. Det påfrestande eller tråkiga arbetet kanske gör att de inte orkar med att arbeta mer. Kvinnor med dessa arbeten uppger nämligen dessutom att de mår sämre än kvinnor som inte har dessa arbeten.

Inte bara kvinnor som arbetar mycket vid bildskärm har högre lön än andra. Kvinnor, och även män, som utsätts för kraftiga vibrationer i arbetet eller arbetar i yrken som är psykiskt ansträngande har högre lön än andra. För män gäller dessutom att de som har stressiga arbeten också har högre lön än män som inte har dessa arbeten.

Arbetsmiljöns olika effekter på hälsan för män och kvinnor visar sig även när det gäller sjukvårdsutnyttjandet. Således har kvinnor som arbetar med tunga lyft och känner sig psykiskt utmattade när de kommer från arbetet fler läkarbesök än männen i dessa grupper¹⁶. Privatanställda kvinnor, kvinnor som bor i storstäder¹⁷ och kvinnor som upplever stress i arbetet är

¹³ Duncan & Holmlund [1983].

¹⁴ De arbetsmiljövariabler som undersökts är monotont (enformigt) arbete, bullrigt arbete, ensidiga, upprepade arbetsrörelser, fysiskt krävande arbete, psykiskt ansträngande arbete, arbete vid bildskärm, utsatt för skakningar, vibrationer i arbetet, daglig svettning av kroppssträngning i arbetet, jäkt i arbetet. Data utgörs av Levnadsnivåundersökningen 1991 (Institutet för Social Forskning [1992], Fritzell & Lundberg [1994]).

¹⁵ En av dessa yrkesgrupper kan vara barnomsorgspersonal.

¹⁶ Denna studie baseras på data från Levnadsnivåundersökningen 1981 (Eriksson & Åberg [1987]).

¹⁷ Med storstäder menas här Stockholm, Göteborg och Malmö.

också mer sängliggande på grund av sjukdom än männen i dessa grupper¹⁸.

Hur förhåller det sig då med kausalitetsriktningen? Min studie visar att låg lön har en negativ effekt på hälsan, oberoende av kön. Däremot har hälsan effekt på lönen bara för män. Män med dålig hälsa har således lägre lön. Detta kan bero på att män med dålig hälsa själva selekterar ut sig från arbetsmarknaden och helt enkelt väljer arbeten, som är mindre välbetalda och där de inte utsätter sig för så stora risker. Att samma sak inte gäller för kvinnor kan bero på att kvinnorna redan har så låga löner, varför effekten inte slår igenom¹⁹. För kvinnor visar det sig också att ju längre arbetstid de har desto sämre uppger de att de mår, säkert ett resultat av kvinnors dubbla jobb.

För storstadsbefolkningen har även en del intressanta resultat kommit fram. Som väntat är lönenivån högre i storstäderna än i övriga Sverige, men hälsan är sämre där än i övriga landet. Sannolikt är det stressen i storstäderna som inte är bra för hälsan.

Studien visar även att det kan vara "lönsamt" att gifta sig. Gifta kvinnor har nämligen 9 procent kortare arbetstid än ogifta kvinnor, och gifta män har 7 procent högre lön än ogifta män²⁰. Slutligen visar det sig att motion påverkar hälsan positivt, eftersom både män och kvinnor som motionerar regelbundet uppger bättre hälsa än de som inte har regelbunden motion.

Slutsatser och rekommendationer

Hälsoklyftan har vidgats mellan 1980 och 1990 och har sannolikt blivit större sedan dess på grund av den höga arbetslösheten. Det är ju allmänt känt att arbetslöshet påverkar hälsan negativt (se tex Björklund och Eriksson [1995]). Finansieringen av sjukvården påverkar inkomstfördelningen, som i sin tur påverkar hälsans fördelning. Hur sjukvården kommer att finansieras och organiseras i framtiden har alltså avgörande betydelse för om hälso-

klyftorna kommer att vidgas eller ej. Diskussionerna i dagens sjukvårdspolitik rör ofta nedskärningarna inom sjukvårdssektorn. Läkare ropar högt för att man inte kan utföra sina arbeten till belåtenhet på grund av bristande resurser. Samtidigt lider patienter på grund av att de får bristfällig vård – ibland kanske ingen vård alls. Politikerna våndas när inte tillräckliga finansiella resurser skjuts till från stat och kommun så att man tvingas till rationaliseringar och prioriteringar. Om inte sjukvården får mer resurser kommer ännu högre krav att ställas på att de knappa resurserna skall fördelas mer effektivt.

När resurserna skall fördelas och prioriteringar skall göras finns tre agenter som berörs: politikerna, läkarna och patienterna. Politikerna skapar lagar och förordningar och bestämmer om de anslag som skall fördelas, läkarna väljer hur de givna resurserna skall fördelas på patienterna och patienterna konsumerar den mängd de tilldelas av läkarna. Patienterna röstar också på de politiker som väljs till beslutsfattare och som fördelar resurserna.

Statsbidragen till landstingen fördelas i konkurrens med övriga utgiftsanslag, medan varje landstingskommun har rätt att bestämma skatteuttaget i det egna landstinget. Om nu det höjda högkostnadsskyddet inte kommer att ge så stora tillskott till intäkterna och statsbidragen till landstingen inte ökar kan landstingen höja skatten. Omfördelningseffekten av landstingsskatten är progressiv, beroende på grundavdraget. Många löntagare skulle sannolikt vara beredda att betala mer i landstingsskatt för att vara garanterade sjukvård om något skulle hända. Jag skall ge ett en-

¹⁸ Dessa resultat kommer från kap. 1 i min doktorsavhandling.

¹⁹ Kvinnorna har i denna studie 17 procent lägre lön än männen och 9 procent kortare arbetstid.

²⁰ Detta behöver dock ej vara någon kausalitet utan en fråga om selektion.

kelt räkneexempel för att visa konsekvenserna av en ändring av landstingsskatten. Totala antalet skattekröner i landstingen är grovt räknat 8 miljarder kronor. En höjning av landstingsskatten med 1 krona, eller 1 procentenhet, skulle alltså ge landstingen ett tillskott på ungefär 8 miljarder, eller omkring 9 procent av deras nuvarande skatteintäkter²¹. För en inkomsttagare med en beskattningsbar inkomst på 150 000 skulle detta innebära en ökad skattebelastning per år med 1 500 kronor eller 125 kronor per månad. En inkomsttagare med en beskattningsbar inkomst på 200 000 skulle tvingas betala 2 000 kronor mer per år i skatt eller 167 kronor i månaden. Utgiftsökningen är således mindre än kostnaden för två högkostnadskort, vilket är 2 200 kronor. En höjning av landstingsskatten med 1/2 procentenhet skulle halvera siffrorna och ge en mycket liten belastning för den enskilde individen.

Detta starkt förenklade räkneexempel visar att det absolut inte är omöjligt att skapa mer resurser inom landstingen²². Fördelningsmässigt kan det dock vara tveksamt om individerna orkar med *både* ett höjt tak i högkostnadsskyddet och höjd skatt. Om skatten höjs måste högkostnadsskyddet göras om. Ett sätt vore möjligen att göra avgifter för läkarbesök och läkemedel inkomstberoende. Nackdelen med en sådan lösning är dels att den kan skapa stora "marginaleffekter" för vissa grupper, dels att den kan vara svår att administrera. Om avgifterna dessutom blir alltför låga och ligger nära noll för vissa inkomstgrupper, så finns risk för "överkonsumtion".

De medel som landstingskommunerna har tilldelats och fått in via skatter och avgifter skall fördelas effektivt på landstingens olika enheter. Landstingen, och senare även läkarna, måste här göra prioriteringar mellan olika områden²³. Frågan är om inte resursfördelningen skulle bli mer effektiv om hela landstingsorganisationen slopades och ansvaret för sjukvården i stället lades på stat och kommun. Man skulle åt-

minstone vinna ett led i administrationskostnader. Alltför ofta tvistas det idag om huruvida patienten är medicinskt färdigbehandlad, där landstinget har ansvaret, och kan remitteras till primärkommunens vårdinrättningar. I dessa diskussioner är det patienten som blir lidande. Vore det samma huvudman skulle aldrig dessa diskussioner uppstå. Horisontella orättvisor, i meningen att individer med lika inkomster bidrar med olika mycket till sjukvårdens finansiering, skulle också bli mindre om större del av finansieringen lades på staten.

Ett av målen för hälso- och sjukvården är att vi skall ha en vård på lika villkor. Detta tolkas ibland som att vi skall ha lika behandling för lika behov. Härigenom måste behovet definieras och klargöras²⁴. Den enklaste tolkningen är att säga att den som söker hjälp och säger sig vara sjuk är i behov av vård. Med denna tolkning kommer vi emellertid inte åt de grupper som aldrig söker vård på grund av att de inte har råd till exempel. Vill vi ha en befolkning med god hälsa får inte finansieringen av sjukvården ge så negativa fördelningseffekter att de som är sjuka inte ens bryr sig om att *söka* vård – då kommer hälso-klyftorna att vidgas.

²¹ Sparplanerna 1997 för landstingen visar på kostnadsminskningar på drygt 7 miljarder, eller 1-6 procent i de olika landstingen.

²² Förvisso kan samma resonemang föras på alla utgiftsområden inom den offentliga sektorn, och om alla dessa små skattehöjningar läggs ihop så blir den totala höjningen orimlig för den enskilde skattebetalaren. Av landstingsskatten går dock ca 80 procent till sjukvården.

²³ För en diskussion av prioriteringar, se Coast m fl [1996].

²⁴ En utförlig genomgång av behovsbegreppet finns i Culyer & Wagstaff [1993].

Referenser

- Björklund, A & Eriksson, T, [1995], Unemployment and Mental Health. Evidence from Research in the Nordic Countries. Working Paper 95-12. Centre for Labour Market and Social Research. University of Aarhus and Aarhus School of Business.
- Coast, J, Donovan, J & Frankel, S, (eds.) [1996], *Priority Setting: The Health Care Debate*. John Wiley & Sons, Chichester, England.
- Culyer, A J & Wagstaff, A [1993], Equity and Equality in Health and Health Care. *Journal of Health Economics* 12:431-457.
- Duncan, G J & Holmlund, B, [1983], Was Adam Smith Right After All? Another Test of the Theory of Compensating Wage Differentials. *Journal of Labor Economics*, vol 1, 366-379.
- Eriksson, R & Åberg, R, [1987], *Welfare in Transition. A Survey of Living Conditions in Sweden 1968 - 1981*. Oxford: Clarendon Press.
- Fritzell, J & Lundberg, O. (red.), [1994], *Vardagens villkor. Levnadsvillkoren i Sverige under tre decennier*. Brombergs förlag.
- Gerdtham, U-G & Sundberg, G, [1996a], Redistributive Effects of the Swedish Health Care Financing System. Working Paper No. 115, June 1996. Working Paper Series in Economics and Finance. Stockholm School of Economics.
- Gerdtham, U-G & Sundberg, G. [1996b], Measuring Income-Related Health Inequalities in Sweden. Working Paper No. 120, September 1996. Working Paper Series in Economics and Finance. Stockholm School of Economics.
- Grossman, M, [1972], *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. NBER Occasional Paper 119. New York: Columbia University Press.
- Institutet för Social Forskning [1992], *1991 års levnadsnivåundersökning*. Instruktions- och övningsformulär. Stockholms Universitet.
- Kakwani, N C [1977], Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison. *The Economic Journal* 87, 71-80.
- Rehnberg, C [1995], The Swedish Experience with Internal Markets, Jérôme-Forget, M, White, J & Wiener, J, *Health Care Reform Through Internal Markets*. Brookings Institution/IRPP, Montreal.
- Sundberg, G [1996], *Essays on Health Economics*, Economic Studies 26, Department of Economics, Uppsala University.
- Svensk Författningssamling, [1982], *Hälsa och sjukvårdslag*. SFS 1982:763. Stockholm.
- van Doorslaer, E & Wagstaff, A, m fl [1996], Socioeconomic Inequalities in Morbidity: Some International Comparisons. Kommande i *Journal of Health Economics*.