

Sjukvårdens rättvisa fördelning

Sjukvård är en vara som mer eller mindre betraktas som en rättighet för individen och som en skyldighet för samhället att tillhandahålla. Frågan är då hur de begränsade resurserna skall fördelas så rättvist som möjligt. I denna artikel har vi valt den horisontella tolkningen av rättvisa, dvs de med lika behov skall också behandlas lika. Två empiriska studier visar att det finns orättvisor i vårdfördelningen i Sverige och inkomsten har betydelse för såväl den öppna som slutna vården. Vid givna behov tenderar höginkomsttagare att ha fler läkarbesök än låginkomsttagare, medan låginkomsttagare har längre vårdtid på sjukhus när de en gång vårdas där. Detta kan tolkas som att låginkomsttagare av olika anledningar avvaktar för länge med att söka läkare för en viss sjukdom så att tillståndet hinner bli så allvarligt att stora ingrepp i den slutna vården blir nödvändiga. Lägre patientavgifter och/eller inkomstförstärkningar riktade till låginkomstgrupper skulle kanske kunna minska orättvisorna i sjukvården.

Principerna om rättvisa och vård på lika villkor har länge varit starkt förankrade som övergripande målsättningar för svensk sjukvård. I sjukvårdslagen (Svensk Författningssamling, SFS 1982:763) stadgas att vården skall vara en vård på lika villkor för hela befolkningen. Varningar har utfärdats för vidgade hälsoklyftor (Sundberg [1997]). En möjlig förklaring till dessa vidgade hälsoklyftor kan vara att vården är

orättvist fördelad. Detta skulle i så fall strida mot sjukvårdslagen, eftersom möjligheterna att erhålla vård skall vara likvärdiga oberoende av socioekonomiska förhållanden och olikheter mellan befolkningsgrupper och regioner i landet.

Ett mål i svensk sjukvård är därmed att åstadkomma en rättvis fördelning av sjukvårdens resurser för landets befolkning. Det är viktigt att komma i håg att varje utformning av hälso- och sjukvårdssystem innebär en avvägning mellan olika mål, såsom kostnadseffektivitet, kostnadskontroll, kvalitet, patientinflytande, förnyelseförmåga, etc. Ett problem är att intresset ofta fokuseras till ett eller ett par mål åt gången och att övriga mål glöms bort. Exempelvis kommer rättvisemålet vanligen bort i diskussionen om olika metoder att reducera den finansiella belastningen för staten.

Ett annat problem är att vård på lika villkor kan tolkas på olika sätt, vilket kan ha konsekvenser för hur resurserna skall fördelas, och i slutändan hur fördelningen i hälsan kommer att se ut. Lösningen på

ULF-G. GERDTHAM är docent i hälsoekonomi och verksam vid Centrum för Hälsoekonomi, Handelshögskolan i Stockholm. Han forskar bland annat om fördelning av vård och hälsa i befolkningen och vårdkostnadernas bestämningsfaktorer. Fil dr GUN SUNDBERG är universitetslektor i nationalekonomi vid Uppsala universitet. Hon forskar huvudsakligen om rättvise- och fördelningsfrågor inom sjukvården samt om hälsoskillnader.

definitionsproblemet i empiriska rättvisestudier är att analysera olika begrepp som antas ha relevans för vad man menar med rättvisa. Ett rättvisebegrepp som för närvarande används i ett internationellt projekt, det så kallade ECuity-projektet¹, är att vården bör fördelas i proportion till behovet så att individer med lika behov ska tilldelas lika mycket vård (equal treatment for equal need) och att individer med större behov bör tilldelas mer vård (unequal treatment for unequal need).

Syftet med denna artikel är att diskutera huruvida Sveriges befolkning använder sjukvårdens resurser i proportion till behovet eller om utnyttjandet är snedfördelat inkomstmässigt. Vi inleder med att diskutera hur rättvisan och behovet kan definieras och går därefter över till att redovisa resultat från två empiriska undersökningar av fördelningen av vårdkonsumtionen.

Rättvisa och fördelning efter behov

Varufördelningen mellan individer bestäms normalt på marknaden via betalningsviljan hos individerna. Vårdsektorn ses dock av de flesta som ett samhällsområde som är alltför "viktigt" för att marknadskrafterna ska få bestämma denna varufördelning, varför det kan finnas motiv till att ingripa i fördelningen av vårdresurserna. Individerna kan till exempel ha egna värderingar av vård och hälsa som inte överensstämmer med samhällets värderingar, vilket bland annat kan bero på att individerna är otillräckligt informerade. Dessa marknadsimperfectioner kan vara ett skäl till att överträda konsumentsoverhördigheten genom ingrepp på marknaden, så kallad paternalism. Ingrepp i resursfördelningen kan också motiveras av så kallad specifik egalitarism ("specific egalitarism"), som är relaterat till paternalism, och som innebär att resursfördelningen inom vissa samhällsområden, till exempel sjukvård, anses som extra viktig

(Tobin [1970]). Rika individer kan vara mer villiga att avstå inkomst om dessa medel används för att direkt förbättra de fattigas hälsa än om den inkomst de avstår från transfereras till de fattiga att användas för deras valfria konsumtion. Specifik egalitarism kan dock skilja sig från paternalism om tillgång till vård tolkas som en social rättighet som inte har med individuella preferenser att göra (se Culyer [1980]). Ett ytterligare motiv till att göra ingrepp på marknaden är förekomsten av externaliteter som uppstår på grund av att individer inte vill konfronteras med sjuka personer därför att de kan ha smittsamma sjukdomar eller helt enkelt för att det är otrevligt med sjuka människor. Slutligen kan även altruism vara ett skäl till att betala till sjuka, lidande individer.

I Sverige och övriga västländer utmärks vården av mycket starka rättviseförändringar och tillgång till god sjukvård ses som en "mänsklig rättighet" som inte bör förhindras på grund av exempelvis bristande betalningsförmåga hos individen. Vården bör i stället fördelas efter behovsprincipen som kan härledas till Aristoteles rättviseprincip om att likar ska behandlas lika, så kallad horisontell rättvisa, och att olikar ska behandlas olika, så kallad vertikal rättvisa. I detta sammanhang är likar detsamma som individer med lika behov och olikar individer med olika behov. Problemet är att det inte finns någon allmänt accepterad och användbar definition av behov.

Frågan om hur behov skall definieras har diskuterats av åtskilliga hälsoökono-

¹Projektet heter "Equity in the Finance and Delivery of Health Care in Europe" och finansieras av EUs Biomed I-program. I gruppen ingår representanter från USA samt 14 europeiska länder inkluderat Sverige. Gruppen forskar om fördelningseffekter av sjukvårdens finansiering och sjukvårdsutnyttjande samt om hälsoskillnader. (Se tex van Doorslaer m fl [1997]).

mer (Culyer [1976], O'Donnel & Propper [1991], Culyer & Wagstaff [1993]). En möjlighet är att relatera vårdbehovet till "ursprunglig hälsostatus", d v s att individer som har lika ursprunglig hälsa har lika behov av vård. Svagheten med den behovsdefinitionen är att den inte tar hänsyn till om individen har tillräcklig "hälsokapacitet" eller förmåga att förbättra sin hälsa. Utan en sådan förmåga är det svårt att argumentera för att en individ har behov av vård, eftersom den vård som i så fall erbjuds individen är ineffektiv.²

En annan behovsdefinition är därför att definiera behovet i termer av "hälsokapacitet", så att individer som kan förbättra sin hälsa lika mycket har lika behov och de som kan förbättra hälsan mer har större behov. Svagheten med den definitionen är att den inte tar hänsyn till hur mycket vård som behövs för att förbättra hälsan. Det kan exempelvis behövas olika mycket vårdinsatser för att förbättra hälsan från 50 procent av full hälsa till 100 procent för två olika individer.

Detta leder fram till en tredje möjlig behovsdefinition som utgår från att behovet ska definieras i termer av *hur mycket vård* som behövs för att gå från ursprunglig hälsa till maximal hälsa, d v s en individ som behöver kostnadseffektiva vårdresurser för 1 000 kronor för att öka hälsan från 50 procent av full hälsa till 100 procent har ett större behov än en individ som behöver kostnadseffektiva resurser för 500 kronor för att öka hälsan från 50 procent av full hälsa till 100 procent.

Beroende på hur behovet definieras kan således åtminstone tre fördelningsprinciper urskiljas vid fördelning av vårdresurser:

lika/olika resurser för lika/olika "ursprunglig hälsa"

lika/olika resurser för lika/olika "hälsokapacitet"

lika/olika resurser för lika/olika resursbehov

Valet av behovsdefinition kommer därför

att påverka resursfördelningen och den slutliga fördelningen av hälsa i befolkningen. Exempelvis kommer resursfördelning efter ursprunglig hälsa att medföra att individer med sämre förmåga att förbättra hälsan kommer att gynnas på bekostnad av individer med bättre förmåga att förbättra hälsan. Om det är individer med den sämsta ursprungliga hälsan som har den största förmågan att förbättra hälsan, då kommer fördelningen i slutlig hälsa att bli jämnare än fördelningen i den ursprungliga hälsan. Samtidigt finns det en risk att resurser fördelas till behandlingar av individer som inte har förmåga att förbättra hälsan. Om resurserna fördelas efter hälsokapacitet är det möjligt att den slutliga hälsan är ojämnare än den ursprungliga hälsan. Om fördelningsmålet är att jämna ut fördelningen i hälsa är det naturligtvis även teoretiskt möjligt att fördela resurserna så att den förväntade slutliga hälsan blir så jämn som möjligt (Culyer och Wagstaff [1993]). Det sistnämnda innebär att alla vårdbehov måste värderas för att kunna fördela resurserna så att den slutliga hälsan blir så jämn som möjligt. Det innebär att individer med hälsokapacitet kan nekas vård på grund av att den slutliga hälsan inte kommer att bli jämnare.

Är resurserna fördelade i proportion till behovet?

I likhet med de flesta empiriska rättvisestudier har vi fokuserat på den horisontella tolkningen av fördelning efter behov, d v s i vilken utsträckning som personer med lika behov har tilldelats lika mycket vårdresurser eller, vid olika fördelning, i vilken utsträckning som resursfördelningen avviker från normen. Vi menar således att individer med lika behov skall behandlas lika.

² Detta innebär inte att individen inte har några behov. Individen kan ha ju ha behov av annat än vård såsom omsorg och tröst.

Vi definierar därmed vårdbehovet som lika för standardiserade grupper av individer. Individer av samma kön, ålder och sjukdom anses således ha samma behov av vård. Vi har valt att standardisera för behov på olika sätt. Ålder och kön finns med i samtliga standardiseringsprocesser, medan ohälsan mätts som en vektor av binära 0/1 variabler för olika kroniska sjukdomar, en binär 0/1 variabel för kronisk sjukdom eller vektor av binära 0/1 dummyvariabler för självupplevd hälsa³. Dessutom har vi standardiserat för självupplevd hälsa tillsammans med kronisk vektor och kronisk dummy, vilket även framgår av *Tabell 1-3*. Olika standardiseringar kan tolkas som alternativa specifikationer av behov i enlighet med tidigare avsnitt. Exempelvis kan en standardisering för upplevd hälsa, förekomst av kroniska sjukdomar samt kön och ålder tolkas som behov definierat som resursbehov (Wagstaff & Doorslaer [1994]).

Det inkomstbegrepp vi använt är disponibel hushållsinkomst med hushållsekvivalenter. Sjukvårdsutnyttjandet har mätts med läkarbesök och vårdveckor på sjukhus⁴. Vi har således först kalkylerat fram vad utgifterna borde vara för de standardiserade grupperna. Dessa utgifter har sedan jämförts med de faktiska utgifterna för individerna, varvid eventuella gap avslöjar om sjukvårdsutnyttjandet är rättvist eller ej. Metoden vi använt är den som använts i Wagstaff & van Doorslaer [1994]. Koncentrationsindex har således beräknats för faktiska utgifter (C_M), och för standardiserade utgifter (C_N), där skillnaden mellan dessa index, ($C_M - C_N = HI_{wv}$), är ett mått på rättvisa. Om skillnaden är positiv föreligger horisontell orättvisa som gynnar höginkomsttagarna. Resultatet av studien redovisas i *Tabell 1-3*. I de statistiska beräkningarna har vi följt Kakwani, Wagstaff & van Doorslaer [1997].

Beräkningarna visar att låginkomsttagarna konsumerade mer vård än höginkomsttagarna relativt behovet år 1980, ef-

tersom koncentrationsindexet HI_{wv} för de totala utgifterna är negativt. Låginkomsttagarna hade också mer faktiska utgifter än höginkomsttagarna detta år, vilket visas av att koncentrationsindexet C_M är negativt. Låginkomsttagarna hade dessutom ett större sjukvårdsbehov än höginkomsttagarna 1980, vilket framgår av skillnaden mellan C_M och HI_{wv} . År 1990 däremot förelåg ingen orättvisa i det totala vårdutnyttjandet, eftersom inget koncentrationsindex är signifikant skilt från noll. De aggregerade vårdutgifterna var således fördelade efter behov 1990.

Utgifterna för läkarbesök var båda åren större än utgifterna relativt behovet för höginkomsttagarna, vilket visas av det positiva tecknet på HI_{wv} . Låginkomst-

³Data utgörs av Levnadsnivåundersökningarna (Eriksson & Åberg [1987], Institutet för Social Forskning [1992], Fritzell & Lundberg [1994]) från 1981 (ålder 15-76 år) och 1991 (ålder 18-76 år). Efter korrigering för missade data består materialen av 5 300 individer 1981 och 5 175 individer 1991. De frågor som ställts gällande kroniska sjukdomar rör huvudsakligen året före intervjun, d v s 1980 och 1990. Inkomsterna som använts gäller även dessa år. Frågan om självupplevd hälsa ställdes bara 1991. Frågan som ställdes var: "Hur bedömer du för närvarande ditt hälsotillstånd? Bra, dåligt, mitt emellan." Sjukdomarna i kronisk vektor är cancer, diabetes, högt blodtryck, hjärtinfarkt, hjärtsjukdom, kronisk bronkit, magsår, gallsjukdom, njursjukdom, eksem (psoriasis), ledsjukdom (reumatism). Individerna har här fått besvara frågan: "Har du under de senaste 12 månaderna drabbats av den relevanta sjukdomen? Nej, lätt, svårt." Dessa sjukdomar är de som vanligen betraktas som kroniska sjukdomar internationellt.

⁴Tre varddagar på sjukhus har i LNU-materialet kodats till noll veckor och fyra dagar till en vecka. Genomsnittskostnaderna för läkarbesök har imputerats till 339,0 kronor (1981) per besök respektive 1 072,2 kronor (1991). Genomsnittskostnaden per varddag på sjukhus har imputerats till 873,0 kronor 1981 och till 3 100,7 kronor 1991.

Tabell 1 Koncentrationsindex för faktiska utgifter (C_M) och rättvisa i sjukvårdsutnyttjandet (HI_{wv}) för olika specifikationer för behov. Aggregerade utgifter.

Standardiserat för ålder och kön plus												
År	C_M	Självupplevd hälsa		Kronisk sjukdom, binär variabel		Kronisk sjukdom, vektor		Självupplevd hälsa + kronisk sjukdom, binär		Självupplevd hälsa + kronisk sjukdom, vektor		
		Std. (t-värde)	HI_{wv}	Std. (t-värde)	HI_{wv}	Std. (t-värde)	HI_{wv}	Std. (t-värde)	HI_{wv}	Std. (t-värde)	HI_{wv}	Std. (t-värde)
1980	-0.1479	0.0454 (-3.26)			-0.1459	0.0392 (-3.72)	-0.1275	0.0387 (-3.29)				
1990	-0.0194	0.0461 (-0.42)	-0.0141	0.0449 (-0.31)	-0.0542	0.0461 (-1.18)	-0.0427	0.0482 (-0.93)	-0.0140	0.0449 (-0.31)	-0.0182	0.0446 (-0.41)

Tabell 2 Koncentrationsindex för faktiska utgifter (C_M) och rättvisa i sjukvårdsutnyttjandet (HI_{wv}) för olika specifikationer för behov. Öppen vård.

Standardiserat för ålder och kön plus												
År	C_M	Självupplevd hälsa		Kronisk sjukdom, binär variabel		Kronisk sjukdom, vektor		Självupplevd hälsa + kronisk sjukdom, binär		Självupplevd hälsa + kronisk sjukdom, vektor		
		Std. (t-värde)	HI_{wv}	Std. (t-värde)	HI_{wv}	Std. (t-värde)	HI_{wv}	Std. (t-värde)	HI_{wv}	Std. (t-värde)	HI_{wv}	Std. (t-värde)
1980	0.0258	0.0143 (1.81)			0.0200	0.01338 (1.50)	0.0275	0.01275 (2.15)				
1990	0.0068	0.0148 (0.46)	0.0299	0.0136 (2.19)	0.0084	0.0142 (0.59)	0.0220	0.0137 (1.60)	0.0301	0.0135 (2.22)	0.0344	0.0133 (2.59)

Tabell 3 Koncentrationsindex för faktiska utgifter (C_M) och rättvisa i sjukvårdsutnyttjandet (HI_{wv}) för olika specifikationer för behov. Sluten vård.

Standardiserat för ålder och kön plus												
År	C_M	Självupplevd hälsa		Kronisk sjukdom, binär variabel		Kronisk sjukdom, vektor		Självupplevd hälsa + kronisk sjukdom, binär		Självupplevd hälsa + kronisk sjukdom, vektor		
		Std. (t-värde)	HI_{wv}	Std. (t-värde)	HI_{wv}	Std. (t-värde)	HI_{wv}	Std. (t-värde)	HI_{wv}	Std. (t-värde)	HI_{wv}	Std. (t-värde)
1980	-0.1912	0.0561 (-3.41)			-0.1873	0.0467 (-4.01)	-0.1661	0.0462 (-3.60)				
1990	-0.0283	0.0604 (-0.47)	-0.0290	0.0589 (-0.49)	-0.0753	0.0603 (-1.25)	-0.0646	0.0600 (-1.08)	-0.0290	0.0589 (-0.49)	-0.0360	0.0586 (-0.62)

Not till Tabell 1-3. Den binära 0/1-variabeln för kronisk sjukdom har konstruerats så att förekomsten av någon av de i texten angivna elva sjukdomarna ger 1, frånvaro av samtliga ger 0. Vektorn för de kroniska sjukdomarna ger för varje sjukdom 0 om individen ej drabbats av sjukdomen ifråga, 1 annars. Vid beräkning av standardfelet för HI_{wv} har hänsyn tagits till seriell korrelation enligt Kakwani m fl [1997].

tagarna hade mer utgifter för slutna vård 1980 än höginkomsttagarna (C_M är negativt), och dessa utgifter var också större än de utgifter som kunde relateras till behovet för låginkomsttagarna (HI_{vv} är negativt). Låginkomsttagare konsumerade således mer slutna vård än vad som motsvarade deras behov år 1980. 1990 däremot var utgifterna för slutna vård jämnt fördelade över inkomsterna och dessutom fördelade i förhållande till behovet.

Vårdutnyttjandet har också studerats av Gerdtham [1997]. Här testades effekterna på vårdkonsumtionen av bland annat disponibel inkomst, utbildning, kommunstorlek och arbetslöshet. Behovet kontrollerades här genom variablerna självupplevd hälsa samt förekomst av funktionsbegränsande och icke funktionsbegränsande kroniska sjukdomar. De socioekonomiska variablerna kan väntas påverka både sannolikheten för att en individ skall ha en positiv vårdkonsumtion och vårdkonsumtionens storlek givet att vårdkonsumtionen är positiv.⁵ Även i denna studie visar det sig att inkomsten har en positiv effekt på antalet läkarbesök, och ingen effekt på antalet vårdveckor på sjukhus, ceteris paribus. Inkomsten tenderar också att öka sannolikheten för läkarkontakt, men inte antalet läkarbesök givet att individen haft minst ett läkarbesök. Inkomsten påverkar således individens beslut att kontakta en läkare men inte läkarens beslut om återbesök. Övriga resultat i studien visade bland annat att även bostadsort påverkar antalet läkarbesök, eftersom individer bosatta i storstäder (Stockholm, Göteborg och Malmö) har fler läkarbesök än andra individer, men sannolikheten för ett läkarbesök är inte större i storstadsområdet. Detta resultat kan tolkas som orättvisa i vårdkonsumtionen på grund av att läkare tenderar att behandla individer olika i storstäder och på landsbygden. Det kan dock inte uteslutas att detta resultat är en effekt av att utbudet av specialistläkare är större i storstäder än på landsbygden, vilket i så fall skulle in-

nebära att den observerade effekten är ett resultat av skillnader i tillgänglighet och inte ett resultat av skillnader i läkares beteende. Äldre människor (>65 år) tenderade i studien att ha färre läkarbesök vid given hälsa, dvs det skulle kunna finnas åldersrelaterad orättvisa i vården.

Slutsatser

Ett stort intresse finns för närvarande för rättvisefrågor i vården både nationellt och internationellt, bland annat på grund av den ökade fokuseringen på effektivitet och kostnadskontroll som ibland befaras ske på bekostnad av rättvisan. Ett problem är dock att det inte finns någon klar definition av vad som menas med rättvisa. Bristen på definition har givit ett tolkningsutrymme som innebär risk att rättvisemålet glöms bort i praktiken. I empiriska studier av rättvisa är forskare hänvisade till olika "rimliga" definitioner som alltid kan kritiseras för att de missar det väsentliga i vad som avses (Culyer & Wagstaff [1993] och Mooney, Hall, Donaldson & Gerard [1992]).

Våra studier visar att inkomsten har betydelse för både den öppna och slutna vårdkonsumtionen. Höginkomsttagare tenderar alltså att ha fler läkarbesök än låginkomsttagare vid givna behov. Dock finns ingen skillnad mellan inkomstgrupper när väl individen haft ett läkarbesök. Orsaken till orättvisan i den öppna vården till nackdel för låginkomsttagare tycks alltså inte bero på att låg- och höginkomsttagare behandlas olika av vårdgivarna utan på att låginkomsttagare har

⁵ Beslutet att kontakta vårdgivare antas i denna studie ligga hos individen, medan beslutet om vårdkonsumtionens storlek, givet att konsumtionen är positiv, antas ligga hos vårdgivaren för en given vårdepisod. Data i denna studie utgörs av LNU 1991. Vårdkonsumtionen har i studien testats separat för läkarbesök och vårdveckor på sjukhus.

en högre tröskel för läkarkontakt⁶. Inom den slutna vården var bilden mer blandad. Inkomsten tycktes öka sannolikheten för en vårdvecka på sjukhus men samtidigt minska antalet vårdveckor vid ett positivt antal vårdveckor. Totalt sett inom den slutna vården verkade således inkomstefekterna ta ut varandra. En förklaring till detta kan vara att barriärerna för att vara borta från arbetet i samband med sjukdom kan variera med inkomstklasserna. Dessutom kan det vara svårare att skriva ut låginkomsttagare från sjukhus till hemmet vid allvarigare fall. En annan möjlig förklaring är att låginkomsttagare råkar ut för allvarigare hälsoproblem som kräver längre inläggningar. Detta kan vara ett resultat av att dessa inkomsttagare väntar för länge med att söka läkare så att sjukdomen kräver mer omfattande behandling i den slutna vården.

Ett starkt samband finns mellan öppen och sluten vård. Alltför sen läkarkonsultation resulterar ofta i onödigt långa behandlingar i den slutna vården. Ur samhällssynpunkt är det den slutna vården som är mest kostnadskrävande, och där alla tänkbara kostnadsbesparingar är föreslagna. Våra studier visar att den öppna vården är orättvist fördelad till nackdel för låginkomsttagarna, medan låginkomsttagarna har längre vårdtid på sjukhus. I detta avseende tar alltså låginkomsttagarna en större andel av samhällets resurser i anspråk via kostnader i den slutna vården. Skälen till denna orättvisa kan vara att låginkomsttagare inte är tillräckligt medicinskt informerade för att söka vård i tid eller så upplever de avgifterna i den öppna vården som så höga att de helt enkelt inte har råd att söka vård. Detta kan också vara en förklaring till ökade hälsoskillnader, speciellt när det gäller sjukdomar som kräver snabb behandling (Sundberg [1997], Gerdtham & Sundberg [1997]). Lägre patientavgifter och/eller inkomstförstärkning riktade till låginkomstgrupper skulle i så fall kunna minska orättvisorna i vårdkonsumtionen.

Referenser

- Culyer, A.J., [1976], *Need and the National Health Service*. Martin Robertson, Oxford.
- Culyer, A.J., [1980], *The political economy of social policy*. Martin Robertson, Oxford.
- Culyer, A.J. & Wagstaff, A., [1993], "Equity and Equality in Health and Health Care." *Journal of Health Economics*, 12, 431-57.
- 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. Levnadsförhållanden i Sverige under tre decennier*. Brombergs förlag.
- Gerdtham, U-G. & Sundberg, G., [1997], "Measuring Income-Related Health Inequalities in Sweden." Kommande i Barer, M, Getzen, T. & Stoddart, G., International Health Economics Association Proceedings.
- Gerdtham, U-G., [1997], "Equity in Health Care Utilization: Further Tests Based on Hurdle Models and Swedish Micro Data." *Health Economics* 6, 303-319.
- Institutet för Social Forskning, [1992], *1991 års levnadsnivåundersökning*. Instruktions- och övningsformulär. Stockholms Universitet.
- Kakwani, N., Wagstaff, A., van Doorslaer, E. [1997], "Socioeconomic Inequalities in Health: Measurement, Computation and Statistical Inference." *Journal of Econometrics*, 77:87-103.
- Mooney, G., Hall, J., Donaldson, C., & Gerard, K., [1992], "Utilisation as a Measure of Equity: Weighting Heat?" *Journal of Health Economics*, 10, 475-480.
- O'Donnel, O. & Propper, C., [1991], "Equity and the Distribution of U.K National Health Service Resources." *Journal of Health Economics*, 10, 1-19.
- Sundberg, G., [1997], "Varning för vidgade hälsoklyftor." *Ekonomisk Debatt*, årg. 25, 2:105-113.
- Svensk Författningssamling, [1982], *Hälsa och sjukvårdslag*. SFS 1982:763. Stockholm.

⁶En annan förklaring kan också vara att tidskostnaden varierar med inkomstklasserna.

Tobin, J., [1970], "On limiting the Domain of Inequality." *Journal of Law and Economics*, 13, 263-278.

Wagstaff, A. & van Doorslaer, E., [1994], "A New Approach to the Measurement of Equity in the Delivery och Health Care." Ecuity project working paper #6.

van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Bleichrodt, H., Calonge, S., Gerdtham, U-G., Gerfin, M., Geurts, J., Gross, L., Häkkinen, U., Leu, R., O'Donnell, O., Propper, C., Puffer, F., Rodriguez, M., Sundberg, G., Winkelhake, O., [1997]. "Income-Related Inequalities in Health: some International Comparisons." *Journal of Health Economics* 16, 93-112.