

Repliker och kommentarer

I den här avdelningen välkomnas kommentarer till tidigare bidrag och korta inlägg med ekonomisk-politisk anknytning

LENA JACOBSON
KATARINA STEEN CARLSSON

Kommentar till Gun Sundberg

I en artikel i Ekonomisk Debatt nr 2, 1997 (Sundberg [1997]) varnar Gun Sundberg för vidgade hälsoklyftor i den svenska befolkningen. Denna varning utfärdar hon mot bakgrund av resultaten i hennes doktorsavhandling (Sundberg [1996]), resultat avseende inkomstrelaterad skillnad i hälsa, sambandet mellan hälsa, arbetstid och lön samt inkomstomfördelande effekter av hälso- och sjukvårdens finansiering. Mer resurser till landstingen är hennes recept mot problemet.

Vi menar att Sundbergs slutsatser i artikeln delvis är dåligt underbyggda. De bygger inte på den teoretiska grundmodell som hon utgår från i avhandlingen. De har

även dåligt stöd i den empiri hon redovisar i avhandlingen.

Hennes avhandling tar sin utgångspunkt i en empirisk skattning av den Becker-inspirerade 'Grossman-modellen'. Syftet med Grossman-modellen är att med hjälp av ekonomisk teori förklara individers hälsorelaterade beteende och de skillnader i hälsa och sjukvårdsutnyttjande som finns mellan olika individer (Grossman [1972]). Enligt Grossman-modellen efterfrågas hälsa dels på grund av sin direkta effekt på individens nytta, dvs högre nytta av att vara frisk än sjuk, ceteris paribus. Hälsa efterfrågas också för sin indirekta effekt på nyttan genom att mer frisk tid kan användas till marknadsarbete som genererar inkomst och därmed ökade konsumtionsmöjligheter. Med utgångspunkt från Grossman-modellen, kommenterar vi här några av de tolkningar Sundberg gör av sina resultat.

Individen som producent av hälsa

Enligt Grossman-modellen i sin ursprungliga version betraktas hälsa som en kapitalstock, vilken bestämmer den mängd frisk tid individen har till sitt förfogande (till skillnad från humankapitalet, vilket bestämmer individens produktivitet). Varje individ föds med en given hälsokapitalstock. Denna deprecieras med ålder

Civilekonom LENA JACOBSON och fil lic KATARINA STEEN CARLSSON är båda doktorander i hälsoekonomi vid Nationalekonomiska Institutionen i Lund / Samhällsmedicinska Institutionen i Malmö. De ingår i ett forskningsprojekt med syfte att analysera sjukvårdsutnyttjandets bestämningsfaktorer. Lena Jacobson skriver på en avhandling om individen och familjen som producent av hälsa. Katarina Steen Carlssons avhandling handlar om olika sätt att mäta lika tillgång till vård.

samt på grund av exogena faktorer såsom miljö, olyckor och sjukdomar och endogena faktorer såsom t ex livsstil. Individen har emellertid möjlighet att investera i sin hälsa (producera hälsa) genom att kombinera tid och marknadsvaror, där marknadsvarorna kan utgöras inte bara av hälso- och sjukvårdstjänster utan även av äpplen, cigaretter, tennsracket etc. Utbildning introduceras i modellen genom att denna bestämmer hur effektiv han eller hon är i sin produktion av hälsa. Efterfrågan på hälso- och sjukvård är därmed en härledd efterfrågan, härledd från individens efterfrågan på hälsa.

Individen har emellertid en begränsad mängd tid och pengar till sitt förfogande. Om denna tid och dessa pengar konkurrerar hälsoförbättrande åtgärder med produktion av andra varor och tjänster, vilka också ökar individens nytta. Så kan t ex individen kombinera restid med köp av en flygbiljett för att producera en semesterresa eller tid vid spisen och matbordet med matvaror för att producera en måltid.

Givet sina preferenser, tids- och budgetrestriktionerna samt restriktioner i form av tillgänglig teknologi, priser, samt olika regleringar antas individen maximera sin nytta. När priset på hälso- och sjukvård, tidskostnaden, individens utbildning eller någon annan av de restriktioner som finns i individens optimeringsproblem ändras, kommer individens tidigare beslut vad gäller användningen av tid och pengar att revideras. Individens hälsorelaterade beteende kommer därför att se olika ut bl a beroende på hur sjukvården är organiserad och finansierad eftersom detta påverkar pris, tidskostnad samt tillgänglighet. Beteendet påverkas också av hur finansieringen av inkomstbortfall sker vid sjukdom.

Enligt Grossman-modellen är det så att *låg hälsa inte nödvändigtvis innebär ett stort sjukvårdsutnyttjande*, vilket Sundberg antar i analysen av sina resultat. För det första kan det vara så att individen väljer att inte alls söka vård trots sin ringa

hälsa. Individens låga hälsokapital kan vara optimalt givet hans eller hennes preferenser och restriktioner. Alternativt kanske individen väljer egenvård för sina besvär. För det andra kan det vara så att individen helt enkelt har ett lågt sjukvårdsutnyttjande därför att det inte finns någon tillgänglig behandling för just denna sjukdom. För det tredje kan sjukvårdsutnyttjandet vara olika mellan individer med samma hälsa därför att faktorer som till exempel utbildning och tidskostnad skiljer sig åt.

Sundbergs påstående: "För att åstadkomma en god hälsa krävs resurser från stat och kommun" [s 105] ger en känsla av att hon bortser från *att det är individen som till syvende og sidst väljer vad som är 'god hälsa' och vad som behövs för att producera denna hälsa*. Stat och landsting kan endast påverka vissa av restriktionerna för att ge individen incitament att söka den vård de anser önskvärd. Ett aktuellt exempel är att patientavgifter i primärvården är lägre än i specialistvården. Vidare kan det handla om att tillhandahålla just den vård individen efterfrågar för att producera hälsa i fallet då produktionen av hälso- och sjukvård sker i offentlig regi. Individens val kan också påverkas via ökade incitament till utbildning, via skatteuttag och bidrag.

En omorganisering av sjukvården, minskade resurser eller en höjning av gränsen där högkostnadsskyddet inträder påverkar alla individens optimeringsproblem, *men behöver inte nödvändigtvis leda till sänkt hälsa eller vidgade hälsoklyftor*. Beroende på individens substitutionsmöjligheter i sin produktion av hälsa kan dessa förändringar till och med leda till ökad hälsa. Individen ges nämligen incitament att investera i prevention, vilket t ex kan innebära ändrad livsstil (individen slutar röka, för en bättre diet och börjar motionera).

Minskade skillnader i hälsa via ökade resurser till sjukvården

Sundberg hävdar i artikeln att det är viktigt att veta hur "hälsan är fördelad och vad som bestämmer hälsan, eftersom denna fördelning delvis avgör hur resurserna till sjukvården fördelas" [s 105]. Att veta hur hälsan är fördelad och vad som bestämmer hälsan är naturligtvis viktigt – inte minst för att kunna satsa resurser på de faktorer som mest effektivt förbättrar individens hälsa. Men sambandet mellan hälsa, sjukvårdsutnyttjande och allokering av resurser till sjukvården är inte så direkt som antyds av Sundberg. Det visar vår genomgång av Grossman-modellen ovan.

Låt oss här använda det rättvisemål som Sundberg (implicit) utgår ifrån – nämligen att det överordnade målet för hälso- och sjukvården är att minska skillnaderna i (inkomstrelaterad) ohälsa.¹ Sundbergs slutsats är att hälso- och sjukvården bör tillföras mer resurser som svar på de uppmätta skillnaderna i hälsa mellan olika inkomstgrupper.

Att minska skillnaderna i hälsa kan emellertid uppnås på flera sätt, och det är viktigt att de knappa resurserna används på ett sådant sätt att målsättningen uppfylls effektivt. Sundbergs förslag förutsätter att satsade resurser riktas direkt till låginkomsttagare (vilka uppmätts ha sämre hälsa än höginkomsttagare) och att dessa väljer att tillgodogöra sig dessa ökade resurser i form av hälso- och sjukvård. Det är dock inte säkert att mer resurser till sjukvården är det alternativ som har lägst alternativkostnad. I ett samhällsekonomiskt perspektiv kan kanske samma eller tom bättre resultat uppnås genom att påverka någon av de andra restriktionerna i Grossman-modellen, tex genom förändringar i arbetsmiljö- eller arbetstidslagsstiftningen, genom subvention till preventiv verksamhet (kost, motion, information), eller via ökade utbildningsinsatser. En ofta citerad studie av Auster, Levenson & Sarachek [1969] visar tex att avkast-

ningen i form av förbättrad hälsa är högre för en ökning av utgifterna för utbildning än för högre hälso- och sjukvårdutgifter².

Även om en sjukvårdsbehandling återger individen full hälsa, innebär en sjukdomsperiod alltid kostnader både i form av direkta sjukvårdskostnader, förlorad produktion och lidande. Resurser satsade på tex utbildning för med sig både kort- och långsiktiga hälsoeffekter. Kortsiktiga effekter uppstår i och med att individen mer effektivt kan tillgodogöra sig den behandling han eller hon får, medan ändrad livsstil innebär mer långsiktiga hälsoeffekter (vilka har betydelse för det framtida sjukvårdsutnyttjandet).

Hälsa, sjukvårdsutnyttjande och inkomst

Enligt Sundberg påverkar resursfördelningen och finansieringen av sjukvården hälsans fördelning via dess effekt på inkomstfördelningen, varför utformningen av finansieringssystemet har avgörande betydelse för om hälsoklyftorna kommer att vidgas ytterligare [s 105]. Sjukvårdens finansiering och huruvida denna ska vara inkomstomfördelade kommer vi inte att diskutera, utan vi har valt att koncentrera oss på korrelationen mellan inkomst och hälsa.

Sundbergs studie visar att självrapporterad hälsa är ojämnt fördelad mellan olika inkomstgrupper efter standardisering för ålder och kön. Vissa former av ohälsa är

¹ Lika hälsa är inte ett självklart mål. Detta mål kan i princip uppnås genom att förbättra hälsan hos de personer som har samst hälsa eller försämrade hälsan hos dem med bäst hälsa. Alternativa mål skulle tex kunna vara lika utnyttjande av sjukvård eller att sjukvårdens resurser skall satsas där de ger störst förväntad nytta.

² Det finns också studier som visar att utformningen av sjukhus har betydelse för patienternas tillfrisknande och att naturmiljöer är bättre än stadsmiljöer när det gäller att återställa personer från stress (Grahn [1992]).

vanligare bland låginkomsttagare (huvudvärk, illamående och magont), medan andra är vanligare bland höginkomsttagare (högt blodtryck och övervikt). Vidare visar Sundbergs studie att fördelningen av sjukdomstillstånden i allmänhet är mer ojämn 1991 än 1981. Som förklaring till detta spekulerar Sundberg i att låginkomsttagare inte sökt läkarhjälp i tid för behandling av t ex magont och därför fått magsår, "medan höginkomsttagarna sett till att få effektiva mediciner på ett tidigt stadium..." 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" [s 107].

För att godta denna förklaring anser vi det nödvändigt att en analys görs av vilka diagnoser det faktiskt rör sig om. Är självupplevt magont lika med diagnosen magsår? Vidare vore det intressant att utvärdera om vissa grupper är överrepresenterade i någon inkomstklass, t ex arbetslösa, (förtids)pensionärer eller ensamstående. Dessutom ser vi det som önskvärt att studera vilka behandlingar som finns för dessa diagnoser (samt hur effektiva dessa är), hur olika grupper reagerar på patientavgiftens storlek samt hur olika grupper bemöts i vården.

Sundbergs förklaring förutsätter (vilket dock inte framkommer av artikeln) att sjukvårdsutnyttjandet är högre för höginkomsttagare än för låginkomsttagare, vilket överensstämmer med Grossman-modellens teoretiska förutsägelser. Höginkomsttagare förutsägs enligt modellen substituera sin relativt dyrare tid mot marknadsvaror (hälso- och sjukvård) i produktionen av hälsa. Höginkomsttagare förutsägs därför ha en högre efterfrågan på hälso- och sjukvård än låginkomsttagare.

Dålig hälsa kan sammankopplas med yrken med dålig arbetsmiljö (och låg inkomst) samt till vissa yrkeskategorier – precis som Sundberg skriver. I den starkt individualistiska Grossman-modellen är det individen som gör yrkesvalet, och där-

med valet av arbetsmiljö. Skillnader i preferenser gör att vissa individer väljer yrke med stora hälsorisker medan andra inte är beredda att ta nästan några hälsorisker alls. Viss självselektion skulle därför kunna vara en förklaring till att arbetsmiljön visar sig ha stor betydelse för kvinnors hälsa, liksom att låg lön har negativ effekt på hälsan enligt Sundbergs resultat.

Hälsoskillnader över tiden

Ur policy-synpunkt är det viktigt att fastställa de bakomliggande orsakerna till att fördelningen av sjukdomstillstånden är mer ojämn 1991 än 1981, eftersom det styr vilka åtgärder som krävs.

Sundberg genomför sin analys på material från Levnadsnivåundersökningarna (LNU) 1981 och 1991 som om det rör sig om två tvärsnitt. Att då förklara den ökade skillnaden med att höginkomsttagarna har ett högre sjukvårdsutnyttjande förutsätter att det är samma (grupp av) individer som är låg- respektive höginkomsttagare de båda åren. LNU är dock ett paneldatamaterial vilket öppnar möjligheter att följa enskilda individer över en tioårsperiod. Det är möjligt att både inkomst och hälsa förändrats för enskilda individer under perioden. Unga med låg inkomst och god hälsa 1981 kan exempelvis ha en väsentligt högre inkomst och samma hälsa 1991. Tvärtom kan medelålders med avtagande hälsa och god inkomst ha fått lägre inkomst p g a (förtids)pension.

Vad gäller utvecklingen efter 1991, hävdar Sundberg att hälsoklyftorna "sannolikt blivit större sedan dess på grund av den höga arbetslösheten. Det är ju allmänt känt att arbetslöshet påverkar hälsan negativt" [s 111]. Om det verkligen förhåller sig så att arbetslöshet påverkar hälsan negativt framgår inte av hennes studie. Arbetslöshet leder emellertid i de allra flesta fall till sänkt inkomst och eftersom reducerad inkomst enligt Grossman-modellen leder till minskad efterfrågan på hälsa kan arbetslöshet synas ha en negativ inverkan

på hälsan, vilken dock inte beror på arbetslösheten i sig. Därmed skulle det kanske ur policy-synpunkt vara lika framgångsrikt att minska arbetslösheten som att öka resurserna till sjukvården. En sådan politik kan dessutom ha andra positiva egenskaper.

Ökad skatt för att sänka gränsen där högstkostnadsskyddet inträder

Avslutningsvis varnar Sundberg i artikeln för att om vi vill 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 hälsoklyftorna att vidgas" [s 112]. Med negativa fördelningseffekter menar Sundberg försämrade läkemedelssubventioner och höjd gräns i högstkostnadsskyddet.

Sundberg förespråkar därför en höjning av den landstingskommunala skatten till förmån för ett minskat uttag av patientavgifter i form av en sänkning av gränsen där det sk högstkostnadsskyddet inträder: "Ökad finansiering via egenavgifter, som det ändrade högstkostnadsskyddet medför, gör att låginkomsttagare drabbas i högre grad. Dessa avgifter är ju regressiva beroende på att sjukvårdsutnyttjandet är större i lägre inkomstgrupper. En höjd landstingskatt däremot, skulle inte drabba låginkomsttagarna i samma grad"³ [sid 105].

Förutom att Sundberg här skriver att sjukvårdsutnyttjandet är större i lägre inkomstgrupper, vilket är en motsägelse till den diskussion hon för på sid 107 i artikeln, tycks, lite tillspetsat, Sundbergs argument vara att det inte spelar någon roll för individen om betalningen för vård sker genom beskattning eller via patientavgift. Våra synpunkter på den föreslagna skattehöjningen berör tre områden: individens autonomi, potentiell överkonsumtion av hälso- och sjukvård samt effekten på arbetsbudgeten.

Vad gäller individens autonomi, kan

man fråga sig om den till synes försumbara skattehöjningen i Sundbergs exempel, 1 500 kronor alternativt 2 000 kronor mer i skatt per år vid beskattningsbar inkomst på 150 000 kronor respektive 200 000 kronor och en procentenhets skattehöjning, verkligen inte har någon alternativ användning med positiv effekt på hälsan.⁴ För en politiker i beslutande ställning verkar det rimligt att ta i beaktande att denna summa kan generera hälsa inte bara genom att spenderas på hälso- och sjukvård utan även genom att inkomsttagaren får använda dem själv för att tex sätta guldkant på tillvaron, för en välförtjänt semester eller veckoslutsresa till annan ort, eller för mer vardagsnära ting som förbättrad kost, bättre boende eller en rikare fritid.

En sänkning av gränsen där högstkostnadsskyddet inträder kan förväntas leda till ökad sjukvårdskonsumtion. Patientavgiften samt de övriga kostnader (inklusive tidskostnad) individen har i samband med tex ett läkarbesök utgör individens marginalkostnad. Eftersom varje individ antas konsumera hälso- och sjukvård till dess att marginalnyttan är lika med marginalkostnaden, kommer en sänkning av marginalkostnaden via en reducerad patientavgift att medföra ökad konsumtion av hälso- och sjukvård i alla inkomstgrupper, dvs ökade incitament för överkonsumtion. Frågan är om en total konsumtionsökning effektivt kommer låginkomsttagare med dålig hälsa tillgodo, eller om det kanske är

³Egenavgift används av Sundberg i betydelsen patientavgift, dvs det patienten betalar vid konsumtionstillfället, vilket lätt förväxlas med det hon kallar "egenavgift i sjukförsäkringen", med vilket avses den avgift/skatt som tas ut för finansiering av den allmänna sjukförsäkringen.

⁴Det kan noteras att 44 procent av befolkningen över 16 år 1994 hade en sammanräknad förvärvsinkomst 120 000 kr eller mindre och 65 procent hade 160 000 kr eller mindre (Statistiska meddelanden Be 20 SM 9602, [1996]).

medelklassen som är vinnare på systemet.⁵

Analys av effekter på sjukvårdskonsumtionen av förändringar i högkostnads-skyddet bör avse de individer vilka förväntas uppnå gränsen för högkostnads-skyddet. Vad Sundberg befarar är att höjningen av gränsen där högkostnads-skyddet inträder och att det sedan 1 januari 1997 finns två högkostnads-skydd, ett för läkar- och sjukgymnastbesök på 900 kronor och ett för läkemedel på 1 300 kronor, kommer att innebära "att det blir låginkomsttagarna som drabbas mer än höginkomsttagarna av de högre avgifterna" [s 109]. Anledningen skulle vara dels att patientavgifterna är regressiva, dels att det är svårare att uppnå två gränser jämfört med en.

För det första framläggs inga resultat från studier av hur många individer som de facto befinner sig vid eller över dessa konsumtionsnivåer eller av hur förändringar i högkostnads-skyddet påverkar vårdsökandet. Det hade t ex varit intressant att veta hur vårdsökandet ser ut för dem som anger sämst hälsa i LNU-materialet. Frågan är också om patientavgiften 1981 respektive 1991 kan betraktas som bindande restriktioner. För det andra bör det för t ex patienter med kroniska sjukdomar och hög läkemedelskonsumtion vara lättare att uppnå gränsen 1 300 kronor och för den som går på regelbunden läkarbehandling att uppnå gränsen 900 kronor under en tolv månadersperiod, jämfört med att nå upp till 2 200 kronor. För personer med båda typer av sjukvårdsutnyttjande torde de olika systemen vara ekvivalenta.

Slutligen är det tveksamt om man kan negligera effekten på arbetskraftsutbud och sparbetende av den skatthöjningen som Sundberg föreslår.

Slutsats

Resultat från Sundbergs nyligen framlagda doktorsavhandling visar att det i Sverige finns inkomstrelaterade skillnader i hälsa och att ojämlikheten i hälsa ökat mellan 1981 och 1991. Som förklaring till

skillnaden samt till att den ökat anger Sundberg skillnader i sjukvårdsutnyttjande mellan låg- respektive höginkomsttagare. Vidare spekulerar Sundberg i att skillnaden sedan 1991 sannolikt ökat på grund av den höga arbetslösheten. De åtgärder Sundberg förespråkar är att tillföra landstingen mer resurser via höjd landstingsskatt samt att sänka gränsen där högkostnads-skyddet inträder.

Huruvida skillnader i sjukvårdsutnyttjande eller ökad arbetslöshet svarar för inkomstrelaterade skillnader i hälsa framgår emellertid inte av resultaten i Sundbergs avhandling, utan de förklaringar vilka ges i artikeln är mer av typen det verkar rimligt att anta. Vad som därmed faktiskt orsakar den inkomstrelaterade skillnaden i hälsa är svårt att uttala sig om varför några forslag på åtgärder är svåra att ge.

Vi anser att en analys av skillnader i hälsa bör ha en individualistisk ansats. Genom att studera vilka faktorer samt hur dessa faktorer påverkar individers hälsorelaterade beteende kan vi få ökad kunskap och förståelse för orsakerna till skillnader i hälsa.

Sundbergs avhandling inleds med en empirisk skattning av en modell för individers efterfrågan på hälsa. Vad vi därför efterlyser är en analys baserad på denna modell i vilken hälsa betraktas som en kapitalvara och individen som producent av sin egen hälsa. För individen finns flera alternativa sätt att producera hälsa, av vilka konsumtion av hälso- och sjukvård endast är ett, och hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering utgör endast en av många restriktioner en nyttomaximerande individ möter i sitt optimeringsproblem.

⁵I en studie av Steen Carlsson & Lyttkens [1997] visar det sig att möjlig 'överkonsumtion' av sjukvård finns hos medelklassen (kvintil 3 och 4), medan de samst ställda (kvintil 1) och de i den högsta kvintilen (5) konsumerar mindre än sin rättmätiga andel.

Referenser

- Auster, R, Levenson, I & Sarachek, D, [1969], "The Production of Health: An Exploratory Study", *Journal of Human Resources*, vol 4, s 411-436.
- Grahn, P, [1992], "Manniskors behov av parker – amerikansk forskning idag", *Stad & Land* nr 107, Movium/Institutionen för landskapsplanering, Sveriges Lantbruksuniversitet, Alnarp.
- Grossman, M, [1972], "On the concept of health capital and the demand for health", *Journal of Political Economy*, vol 80, s 223-255.
- SCB, [1996], *Inkomster och bidrag 1994*, Statistiska meddelanden Be 20 SM 9602.
- Steen Carlsson, K och Lyttkens, C H, [1997], "Health care utilisation and individual consumption possibilities". Manuskript insänt för publicering.
- Sundberg, G, [1996], *Essays on Health Economics*, doktorsavhandling, Economic Studies 26, Nationalekonomiska institutionen, Uppsala universitet.
- Sundberg, G, [1997], "Varning för vidgade hälsoklyftor", *Ekonomisk Debatt*, årg 25, nr 2, s 105-113.