

Timbros Briefing Paper är en serie rapporter som belyser komplexa frågor i ett kortare format. För att läsa detta eller andra av våra briefing papers, besök www.timbro.se/bp.

OM FÖRFATTAREN

Isac Riddarsparre arbetar som AT-läkare i Region Östergötland och avlade sin läkarexamen vid Linköpings universitet. Han har vikarierat som underläkare på en vårdcentral under tiden mellan examen och AT-tjänstgöringen. Han är politiskt aktiv i Centerpartiet och är ordinarie ledamot i Linköpings social- och omsorgsnämnd.

BRIEFING PAPER #25

februari 2020

Egenavgifter i primärvården

Isac Riddarsparre

SAMMANFATTNING

- Svensk primärvård har stora problem. Hälften av landets vårdcentraler har brist på läkare, tillgängligheten är dålig jämfört med andra höginkomstländer och i 15 av 21 regioner går de egna vårdcentralerna med underskott.
 - I dagsläget står besöksavgifter för omkring 3 procent av primärvårdens intäkter, en siffra som har minskat på senare år enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).
 - Besöksavgifter styr besöksbenägenheten hos patienter genom att minska patienters tendens att söka vård i onödan på allmänhetens bekostnad. Detta är en vanlig kritik mot exempelvis nätläkare.
 - Sverige har låga besöksavgifter i primärvården jämfört med andra OECD-länder. Det finns utrymme att höja dem så länge socioekonomiskt utsatta grupper skyddas, till exempel genom ett mer riktat högkostnadsskydd.
 - Primärvården behöver strukturella reformer, men besöksavgifter kan stärka ekonomin på kort sikt och minska besöksstrycket på överbelastade vårdcentraler.
 - Beroende på avgifternas utformning kan de under vissa förutsättningar förbättra hälsoutfallen, något som forskning pekar på har skett inom den svenska tandvården.
-

INTRODUKTION

Primärvård ska både behandla och förebygga.¹ För att uppnå detta behöver tillgången till primärvård vara hög.² Väntetider är skadliga³ och innebär att obehandlade patienter tvingas söka dyr sjukhusvård i ett akut skede.⁴

All svensk vård styrs av den etiska plattformen, som i korthet grundar sig på människovärde, kostnadseffektivitet samt behovs-/solidaritetsprincipen. Den sistnämnda klargör att hälso- och sjukvårdens resurser ska prioriteras till de med störst behov. Den innebär en strävan efter att utjämna skillnader i hälsa i befolkningen. Alla ska ha likvärdig tillgång till vård oavsett socioekonomisk status.⁵

För att säkerställa detta begränsas patienternas egenkostnader i den svenska sjukvården, även om blygsamma avgifter fortfarande tillämpas i öppenvården. Vården ransoneras i stället genom så kallad triagering. När patienter uppsöker vårdcentraler bedömer en sjuksköterska om behov av läkarkontakt föreligger. Patienter får annars "vänta och se" om deras tillstånd förbättras. På så vis fungerar väntetider som ett sätt att ransonera vård i Sverige.⁶

Ransoneringen är dock inte perfekt: socioekonomiskt utsatta har sämre tillgänglighet och får vänta längre.⁷ Frågan är alltså om väntetiderna verkligen är solidariska. Kan besöksavgifter och ett riktat högkostnadsskydd förhindra onödiga läkarkontakter samtidigt som tillgängligheten säkras för utsatta patienter?

Besöksavgifternas roll är aktuell i den politiska diskussionen. I utredningen *Digifysiskt vårdval* föreslogs till exempel en nationellt enhetlig patientavgift på 100 kronor, vilket är lägre än dagens genomsnittliga avgift på 185 kronor.⁸ Region Sörmland experimenterade rentav med avgiftsfrihet för att minska trycket på regionens akutmottagningar. Det ledde inte till önskat resultat: trycket minskade inte på akutmottagningarna, besöken i primärvården ökade med 6 procent

och regionens intäkter minskade. Avgiftsfrihet kan driva på långa väntetider inom annan öppenvård, såsom barnakuter.⁹

Syftet med detta briefing paper är att utreda om *höjda* besöksavgifter kan användas för att styra sök beteenden samt stärka primärvårdens ekonomi. Avgifternas effekter på patienters hälsa och på jämlikhet i vården granskas. En diskussion förs sedan kring policyimplikationer.

Litteraturen använder ofta termerna egenavgifter, egenkostnader och besöksavgifter utbytbart. Avgränsningar har därför tillämpats här. Premier för sjukförsäkringar och kostnader för läkemedel tas inte med i granskningen. Företrädesvis granskas besöksavgifter inom *primärvård*, men i vissa fall har avgränsningar inte kunnat göras mot övrig öppenvård.

Primärvårdens problem

Kombinationen god tillgänglighet och låga egenkostnader är svår att upprätthålla. Offentligt driven och skattefinansierad sjukvård karaktäriseras av långa väntetider i jämförelse med andra system.¹⁰

Enligt rapporter som bygger på självskattningar av patienter har svensk primärvård svårt att säkra tillgång till läkare.¹¹ Sedan 2013 sjönk andelen patienter som fick en bedömning inom den gamla vårdgarantins ramar (sju dagar till läkarbesök), från 93 till 89 procent 2018.¹² Ökningen av privata sjukvårdsförsäkringar och användandet av vårdappar indikerar att det finns en större efterfrågan på primärvård än vad det offentliga kan tillgodose.¹³

Resursbrist är ett annat vanligt problem inom den svenska primärvården. Hälften av landets vårdcentraler uppger att de saknar läkare och antalet allmänläkare per capita är bland de lägsta i EU.¹⁴ Jämfört med kollegor i andra länder har svenska distriktsläkare lågt förtroende för sjukvården

1 Comino et al (2012), sid 415.

2 Kringos et al (2010), sid 65–77.

3 Pizer & Prentice (2011), sid 676–682.

4 Ansell et al (2017), sid 295.

5 Proposition 1996/97:60.

6 Jakobsson & Svensson (2016), sid 1095–1099.

7 Olah, Gaisano & Hwang (2013), sid 263–269; Johar et al (2013), sid 181–194; Landi, Ivaldi & Testi (2018), sid 334–351.

8 SOU 2019:42; SKL (2019:1).

9 Andersson (2019); Järvenhag (2018).

10 Or et al (2010), sid 269–293.

11 Commonwealth Fund (2016).

12 SKL (2016).

13 Svensk försäkring (2018); Pisoni (2018); Vårdföretagarna (2019).

14 Vårdanalys (2018); Eurostat (2018).

och upplever mer stress.¹⁵ En tredjedel av yrkeskåren har övervägt att byta yrke på grund av arbetsbelastningen. En femtedel har sjukskrivit sig på grund av arbetsrelaterad ohälsa.¹⁶ Det råder brist på distriktsläkare och arbetsbördan är hög. Ordföranden för Distriktsläkarföreningen, Marina Tuutma, menar att det är "enklaare att hitta en människa som går på vatten än en allmänläkare att anställa med de villkor man har inom primärvården".¹⁷

Även svenska patienter är missnöjda. 2017 önskade 58 procent fundamentala ändringar i sjukvården. 21 procent av alla patienter fick 2016 vänta 6 dagar eller längre för ett läkarbesök.¹⁸ Den patientupplevda tillgängligheten har länge varit låg; bara 63 procent av svenska befolkningen uppfattade 2007 att det var ganska eller väldigt lätt att komma i kontakt med allmänläkare. I Frankrike och Tyskland låg siffran på 93 respektive 94 procent.¹⁹

EMPIRI

Effekter på sökbeteenden

Det är väletablerat att vårdefterfrågan styrs av egenavgifter genom så kallad moralisk risk (*ex post moral hazard*). Moralisk risk innebär inom sjukvården att patienter är mer benägna att utnyttja tjänster när de själva inte står för utgifterna. På så vis kan avgiftsfri sjukvård leda till onödig vårdkonsumtion, vilket i sin tur förlänger väntetider och driver kostnader.²⁰

Att höja avgifterna är därför en strategi som kan minska moralisk risk. Det är en åtgärd som övervägts och använts i såväl Sverige som i andra länder.²¹

Regionernas kostnad för ett läkarbesök i primärvården varierar mellan 1 700 kronor i Uppsala och 3 200 kronor i Östergötland. I en svensk studie uppskattades "avgiftsgraden" i Västra Götalandsregionen till cirka 7 procent givet en besökskostnad om 1 500 kronor och en patientavgift på

100 kronor.²² Högkostnadsskyddet begränsar egenavgifterna inom öppenvården till högst 1 150 kronor/år, eller ännu lägre i vissa regioner. Som en jämförelse är utgiftstaket i schweizisk öppenvård (högkostnadsskyddet) 9 000–28 800 kronor/år.²³

Det finns lite forskning om besöksavgifter i den svenska primärvården. En registerstudie från 2019 fann att besöksbenägenheten sjönk med 7 procent i samband med att patienter fyllde 21 år och därmed började betala besöksavgifter om 100 kronor. Före 20 års ålder var besöken avgiftsfria. Priselasticiteten, ett uttryck för hur efterfrågan påverkades av priset, beräknades till $-0,08$. Om priset ökade med 1 procent sjönk alltså vårdefterfrågan med 0,08 procent. Detta ansågs vara en måttlig prispåverkan på efterfrågan.²⁴ Tidigare forskning, som jämfört sökbeteenden och avgifter mellan regioner, indikerade att moralisk risk inte var en faktor i svensk primärvård. De låga avgifterna och den låga variationen i avgifter mellan regioner kan tänkas förklara detta. Högkostnadsskyddet spelar antagligen en roll.²⁵

I USA har två experiment varit vägledande för forskningen kring moralisk risk. Det första var RAND-studien under 1970-talet. Där användes olika nivåer av egenavgifter för att studera sökbeteenden hos cirka 2 000 familjer. Ett högkostnadsskydd om 750 eller 1 000 dollar tillämpades och upp till det taket varierade graden av egenfinansiering mellan 0, 25, 50 och 95 procent.²⁶

Hos de med 95 procent egenfinansieringsgrad valde 75 procent att konsumera öppenvård under ett givet år. För de utan egenfinansiering var siffran 93 procent. Kostnaderna ökade i proportion till minskad grad av egenfinansiering. Priselasticiteten för efterfrågan på sjukvård var $-0,2$, en förhållandevis stark effekt i vårdssammanhang.²⁷

Det andra experimentet genomfördes 2008 i Oregon. Där lät man socioekonomiskt utsatta lottas till Medicaid, ett statligt sjukförsäkringsprogram för låginkomsttagare. Medicaid-

15 Commonwealth Fund (2015).

16 Cederberg (2017).

17 Haupt (2019).

18 Commonwealth Fund (2016, 2017).

19 Or et al (2010), sid 269–293.

20 Einav & Finkelstein (2018), sid 957–982; Zweifel & Manning (2000), sid 409–459.

21 SKL (2019:2); Choi et al (2015), sid 489.

22 Region Östergötland (2019); Landstinget i Uppsala län (2012), sid 6; Johansson, Jakobsson & Svensson (2019), sid 1271–1280.

23 De Pietro et al (2015), sid 1–288.

24 Johansson, Jakobsson & Svensson (2019), sid 1271–1280.

25 Jakobsson & Svensson (2016), sid 1095–1099.

26 Einav & Finkelstein (2018), sid 957–982; Aron-Dine, Einav & Finkelstein (2013), sid 197–222.

27 Finkelstein et al (2012), sid 1057–1106.

gruppen hade inga självrisker. De som inte erhöll sjukförsäkringen blev kontrollgruppen.²⁸

Experimentet pågick under två år med cirka 55 000 deltagare, varav 10 000 var försäkrade med Medicaid. Resultaten visade att vårdkonsumtionen ökade när självrisker försvann, både för besök inom primärvård och för besök på akutmotagningar.²⁹

I det schweiziska systemet kan deltagare välja självrisk inom ramen för den obligatoriska sjukförsäkringen. Högre självrisk medför lägre premier. I teorin väljer patienter den högre självrisken för att få lägre premier, vilket också minskar sökbägenheten till följd av de högre egenavgifterna. På så vis minskas den moraliska risken i systemet, även om självselektion också bidrar då individer med lägre sjukvårdsbehov kan antas välja försäkringen med högre självrisk. Schweizisk forskning har tidigare uppskattat att 33–70 procent av den sänkta sjukvårdskostnaden hos individer med högre självrisker beror på reducerad moralisk risk, med störst påverkan i den högsta självriskgruppen.³⁰

Effekter på patienters hälsa

En invändning mot besöksavgifter är att de kan minska benägenheten att söka vård och därmed försämra befolkningens hälsa. Som noterats i tidigare svensk forskning är detta inte nödvändigtvis fallet.³¹ Men det tidigare nämnda experimentet i Oregon visade på förbättrad självupplevd hälsa hos patienter som inte betalade något alls för sina besök i primärvården.³² Schweiz, som har höga egenkostnader, uppvisar dock positiva hälsoutfall.³³

Alternativet – väntetider – är dessutom en skadlig ransoneringsmetod. Att uppnå tillgänglighet och jämlikhet innebär alltså en avvägning mellan att använda väntetider och

egenavgifter.³⁴ Då värdet av behandling sjunker när sjukdomsförloppet fortgår är det tveksamt om långa väntetider och låga avgifter är att föredra. En studie på just denna avvägning fann att besöksavgifter i en försäkringsbaserad modell innebar en tillräckligt god kontroll av efterfrågan på vård för att bli ett slags behovsbaserad metod för ransonerings; eventuella väntetider borde vara minimala.³⁵

Vård som till stor del bygger på egenavgifter förekommer i Sverige. Folk tandvården tillämpar två system: det ena består av ett besöksavgiftsupplägg där patienten betalar en fast summa för varje kontroll eller behandling. I det andra systemet, frisktandvård, sluts ett treårigt avtal med patienterna, som betalar en avgift på månatlig eller årlig basis i utbyte mot regelbundna kontroller av tandhälsan. Patienter kan också välja att betala hela avtalskostnaden på en gång. Avtalet täcker en stor del av patientens tandvårdsbehov under den aktuella perioden. Avgifterna liknar premier och varierar efter risken att utveckla tandsjukdom, risken styr även antalet kontroller som utförs under avtalsperioden.³⁶

Flera riskfaktorer för dålig tandhälsa påverkar avgiftsklassen: piercing, kost-, rök- och snusvanor samt tandskötsel är av betydelse.³⁷ Tanken är att detta ska vara ett ekonomiskt incitament för patienterna: ju sämre skötsel av tandhälsan, desto dyrare avgiftsklass.³⁸

Friskvårdsprogrammet förbättrar patienternas tandhälsa. Det finns en risk att patienter ljuger om sina vanor men resultaten pekar på motsatsen: de som deltog i frisktandvård drabbades i mindre utsträckning av karies. Effekten bestod även efter justering för socioekonomiska faktorer och tidigare tandhälsa. Systemet ökade därtill patienters känsla av ansvar och kontroll. Frisktandvården visar att utformningen av avgifterna har betydelse och att riskberoende avgifter kan skapa incitament för hälsofrämjande beteenden.³⁹

28 Einav & Finkelstein (2018), sid 957–982; Aron-Dine, Einav & Finkelstein (2013), sid 197–222.

29 Einav & Finkelstein (2018), sid 957–982; Finkelstein et al (2012), sid 1057–1106.

30 Gerfin & Schellhorn (2006), sid 1011–1020; Felder & Werblow (2003), sid 43–46.

31 Jakobsson & Svensson (2016), sid 1095–1099.

32 Einav & Finkelstein (2018), sid 957–982; Aron-Dine, Einav & Finkelstein (2013), sid 197–222.

33 De Pietro et al (2015), sid 1–288.

34 Comino et al (2012), sid 415.

35 Felder (2008), sid 1418–1422.

36 Folk tandvården (2014); Andås & Hakeberg (2016), sid 257–261.

37 Folk tandvården Västra Götalands län (2019).

38 Andås & Hakeberg (2016), sid 257–261; Strand et al (2015), sid 83–88.

39 Ibid.

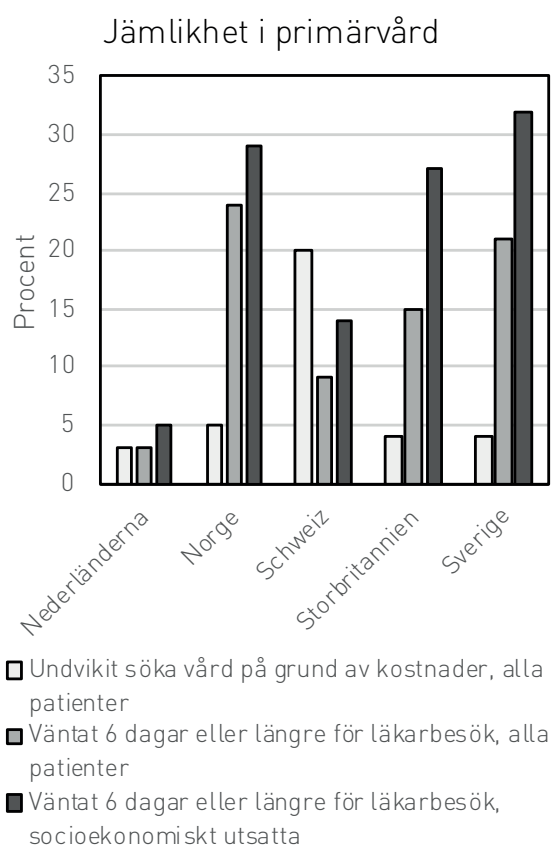
Effekter på jämlikhet i vård

Besöksavgifter påverkar socioekonomiskt utsatta mer än andra, vilket kan utgöra ett tillgänglighetshinder som påverkar hälsan hos denna grupp negativt om avgifterna är för höga.⁴⁰

Den svenska studien som granskade övergången från avgiftsfri primärvård efter 20 års ålder, som nämndes ovan, visade att besöken för samtliga patienter sjönk med 7 procent. För kvinnor var siffran 9 procent, för låginkomsttagare 12 procent och för kvinnor med låg inkomst 14 procent. Forskning från Norge och Belgien uppvisar liknande resultat.⁴¹

En intressant observation vid jämförelser av västeuropeisk vård kommer från Commonwealth Funds rapporter (se figur 1). I Sverige är det 32 procent av låginkomsttagande patienter som upplever långa väntetider till primärvården, vilket är det största resultatet i urvalet.⁴²

Figur 1.



40 Smith (2005), sid 1018–1029.

41 Johansson, Jakobsson & Svensson (2019), sid 1271–1280; Olsen & Melberg (2016), sid 62–75; Cockx & Brasseur (2003), sid 881–913.

42 Commonwealth Fund, 2016.

Effekter på primärvårdens ekonomi

Det finns huvudsakligen två ekonomiska argument för egenavgifter inom primärvården. Det första är att avgifterna minskar besöksbenägenheten och på så vis leder till besparingar, det andra att de utgör en viktig intäkt för primärvården.⁴³

Besöksavgifter minskar efterfrågan och således besöksfrekvensen enligt ovan. Teoretiskt borde vårdens kostnader minska som följd, men en invändning mot besöksavgifter är att patienter hindras från att söka vård i ett tidigt skede, då intervention är billig, för att senare söka dyr akuttvård. Folkhälsoexperimentet i delstaten Oregon 2008 visade dock att de som erhöll Medicaid gick till akutmottagningar i 40 procent högre utsträckning än kontrollgruppen. Samtidigt ökade besöken i primärvården och sjukvårdskostnaderna steg.⁴⁴

Kanske kan en kombination av avgiftsfri primärvård och avgiftsbelagd akutsjukvård minska utgifterna: så fungerar exempelvis det nederländska systemet.⁴⁵ Nederländsk primärvård skiljer sig dock markant från den svenska. Bemanningen är betydligt starkare med 157 distriktsläkare per 100 000 invånare, jämfört med Sveriges 64. I Sverige har dessutom försök i Region Sörmland enligt denna princip misslyckats. Primärvården utvecklade ett underskott på 100 miljoner kronor utan att besöken på regionens akutmottagningar minskade. Den avgiftsfria primärvården utnyttjades även av nätläkarföretag som tog emot patienter från hela landet. Vid årsskiftet 2019–2020 planeras avgifterna återvända.⁴⁶

Besöksavgifter är en viktig inkomstkälla för vård världen över. SKR belyser höjda egenavgifter som ett sätt att kontrollera regionernas underskott, där primärvårdens underskott uppgick till 400 miljoner kronor 2018. Samtidigt förväntas kostnaderna inom vården öka i ljuset av en åldrande befolkning och ny, dyr medicinsk teknologi.⁴⁷ Det är tveksamt om höjda skatter kan fylla gapet, eftersom det snart skulle få negativa effekter på sysselsättning och tillväxt.⁴⁸

Om inkomsterna från besöksavgifter i högre utsträckning betalades för åtgärder (så kallad *fee-for-service*) skulle detta kunna bli ett incitament för kortare köer och mer konti-

nuitet.⁴⁹ Det svenska ersättningssystemet för distriktsläkare är grundat på 1970 års 7-kronorsreform, som innebar en månatlig avlöning oberoende av patientkontakt i stället för åtgärdsbaserad ersättning. Vårdcentralerna som enheter ersätts numera framförallt genom *kapitation*, det vill säga baserat på antalet listade patienter. Kapiteringens andel av vårdcentralens ersättning varierar mellan 60 och 100 procent i landet, resten ersätts genom mål- eller åtgärdsbaserad (*fee-for-service*) kompensation. Jämförelser mellan det svenska och danska systemet pekar på att detta inte skapar tillräckliga incitament för att korta väntetider.⁵⁰

DISKUSSION

Besöksavgifter är ett legitimt verktyg för att kontrollera antalet besök och kan även utgöra en inkomstkälla för primärvården. Skydd för de med hög sjukdomsbörda och socioekonomisk utsatthet behövs givet högre priskänslighet bland låginkomsttagare. Mer forskning krävs för att se hur höjda avgifter påverkar i synnerhet medel- och höginkomsttagares vårdkonsumtion. Att Schweiz kan använda sig av självrisker tio gånger högre än det svenska högkostnads-skyddet, samtidigt som landet uppvisar jämförbar jämlikhet i hälsoutfall, visar att moralisk risk kan minimeras samtidigt som utsatta skyddas.

Det finns tecken på att avgiftsnivåerna inom svensk primärvård kan höjas. Forskning har haft problem med att uppvisa moralisk risk, antagligen eftersom kostnaden är mycket lägre än den nivå där medel- och höginkomsttagare börjar ändra sina besöksvanor. Oaktat besöksvanorna kan verksamhetens finansiering stärkas genom avgifter betalade av denna grupp. En del regioner har även utnyttjats av nätläkarföretag, vars verksamhet framförallt använts av unga, friska patienter.⁵¹ Frågan är om denna vård ska vara avgiftsfri eller ens föremål för den låga avgift om 100 kronor som SKR rekommenderar för digitala besök.⁵²

För vissa vårdcentraler, särskilt de i utsatta områden, är det möjligt att avgifterna i dag ligger i linje med vad som begränsar moralisk risk och samtidigt inte avhåller patienter från att söka vård i tid.

43 Jakobsson & Svensson (2016), sid 1095–1099.

44 Einav & Finkelstein (2018), sid 957–982; Aron-Dine, Einav & Finkelstein (2013), sid 197–222.

45 Kroneman et al (2016), sid 1–240.

46 Eurostat (2018); Andersson (2019), Cederberg (2019).

47 Skriabikova, Pavlova & Groot (2010), sid 2708–2725; SKL (2019:2); Jakobsson & Svensson (2016), sid 1095–1099.

48 SOU 2015:104.

49 Gosden et al (2000).

50 Hoffman (2019); Or et al (2010), sid 269–293.

51 Pisoni (2018).

52 Holmberg (2018).

Det svenska sjukvårdssystemets ransonering via väntetider, en konsekvens av ett system med låga avgifter för alla, resulterar i ojämlika utfall. Vidare kräver filtreringen av patienter en bemanningsnivå som inte är realistisk på alla vårdcentraler relativt deras upptagningsområden. Den redan dåliga självrapporterade tillgängligheten för socioekonomiskt utsatta till svensk primärvård borde utgöra en tankeställare för vårdpolitiker. I en offentligt finansierad primärvård präglad av resursbrist blir flöden av skattemedel till digitala tjänster (såsom den nya satsningen på 1177), kvällsöppet och direktbokning inte satsningar utan snarast prioriteringar, bort från de socioekonomiskt utsatta till de välbemedlade väljarskaror man lyssnar till.

Utredningen *Digifysiskt vårdval* hänvisar till Johansson, Jakobsson och Svenssons registerstudie från 2019 som argument för patientavgifternas totala avskaffande på sikt. Den ökade efterfrågan ska kompenseras för med hjälp av riktade medel. Det riskerar att stänga dörren för effektivare lösningar än mer statliga bidrag, som tidigare varit verkningslösa.

Det är kontraproduktivt att införa en nationellt reglerad patientavgift (eller avgiftsfrihet). Det finns flera risker med en sådan strategi. Dels kan vårdcentraler överbelastas om en avgiftsminskning ökar besöksstrycket. Dels kanske man oavsiktligt inför för *höga* avgifter i utsatta områden. Regionernas ekonomi kommer även påverkas negativt i en tid där kostnadsutvecklingen pekar på att avgifterna måste stiga. Utrymmet att höja skatterna för att finansiera primärvården är begränsat.⁵³

I stället borde vårdcentraler få möjlighet att utforma egna patientavgifter. I ett konservativt reformförslag som är tillämpligt på dagens struktur skulle dessa avgifter läggas ovanpå regionens besöksavgift men gå oavkortat till den

lokala verksamheten. Modellen, ett slags *fee-for-service*, skapar incitament att träffa många patienter och intäkterna skulle kunna användas för investeringar i löner och materiel. Dessa lokala avgifters maximala storlek regleras i ett sådant system lämpligtvis av regionerna. På så vis får vårdcentralerna utrymme att utforma avgifter beroende på efterfrågan och socioekonomiska förhållanden. Sannolikt behöver taket för högkostnadsskyddet justeras uppåt för resursstarka patientgrupper, annars riskerar eventuella höjda besöksavgifter bli verkningslösa.

Ytterligare en möjlighet är att låta primärvården utforma friskvårdsavtal likt de i tandvården, särskilt för kroniska sjukdomar som kräver regelbundna kontroller och där livsstilsfaktorer är av stor betydelse.

En svaghet i tandvårdens riskjusterade premier är att de är beroende av tillförlitligheten i patientens uppgifter: rökare kan exempelvis tänkas ljuga om sitt cigarettbruk för att få lägre premier. Det är möjligt att de flesta är ärliga, vilket framgått i studier av svensk tandvård. En lösning är annars att låta alla patienter betala samma premier såvida de inte kan bevisa riskminimerande beteenden som ger rabatter i olika utsträckning. Det är något som premierar friskfaktorer snarare än att döma patienter för riskfaktorer. Ett annat alternativ är att låta riskbedömningen falla på patienterna själva genom att erbjuda lägre självrisker för högre premier och vice versa, som i det schweiziska systemet.

Om primärvården ändå ska utforma betalningsmodeller som imiterar försäkringssystem är följdfrågan dock om ett försäkringsbaserat system för sjukvårdens finansiering vore att föredra. Besöksavgifter räcker antagligen inte på egen hand för att rädda den svenska primärvården.

REFERENSER

- Andersson, J (2019), "Gratis primärvård minskade inte trycket på akuterna i Sörmland". *Läkartidningen*, 17/1 (2019:1). Hämtad 2019-11-13, <<https://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2019/01/Gratis-primarvard-minskade-inte-trycket-pa-akuterna-i-Sormland/>>.
- Andås, CA & Hakeberg, M (2016), "Payment systems and oral health in Swedish dental care : observations over six years". *Community Dent Health*, 33(4):257–261.
- Ansell, D et al (2017), "Interventions to reduce wait times for primary care appointments : a systematic review". *BMC Health Serv Res*, 17(1):295.
- Aron-Dine, A, Einav, L & Finkelstein, A (2013), "The RAND Health Insurance Experiment, three decades later". *J Econ Perspect*, 27(1):197–222.
- Cederberg, J (2017), "Många primärvårdsläkare sjukskriver sig". *Läkartidningen*, 24/4. Hämtad 2019-11-13, <<https://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/04/Manga-primarvardslakare-sjukskriver-sig/>> (2019).
- Cederberg, J (2019), "Patientavgifterna tillbaka i Sörmland". *Läkartidningen*, 22/10 (2019:2). Hämtad 2019-11-13, <<http://xn--lkartidningen-bfb.se/Aktuellt/Nyheter/2019/10/Patientavgifterna-tillbaka-i-Sormland/>>.
- Choi, Y m fl (2015), "The effect of cost-sharing in private health insurance on the utilization of health care services between private insurance purchasers and non-purchasers : a study of the Korean Health Panel Survey (2008–2012)". *BMC Health Serv Res*, 15:489.
- Cockx, B & Brasseur, C (2003), "The demand for physician services : evidence from a natural experiment". *J Health Econ*, 22(6):881–913.
- Comino, EJ et al (2012), "A systematic review of interventions to enhance access to best practice primary health care for chronic disease management, prevention and episodic care". *BMC Health Serv Res*, 12:415.
- Commonwealth Fund (2015), *2015 Commonwealth Fund survey of primary care physicians in 10 nations*. Rapport. New York: Commonwealth Fund.
- Commonwealth Fund (2016), *2016 Commonwealth Fund international health policy survey of adults*. Rapport. New York: Commonwealth Fund.
- Commonwealth Fund (2017), *International profiles of health care systems*. Rapport. New York: Commonwealth Fund.
- Einav, L & Finkelstein, A (2018), "Moral hazard in health insurance: what we know and how we know it". *J Eur Econ Assoc*, 16(4):957–982.
- Eurostat (2018), *Healthcare personnel statistics – physicians*. Hämtad 2019-11-13, <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians#Healthcare_personnel>.
- Felder, S (2008), "To wait or to pay for medical treatment? : restraining ex-post moral hazard in health insurance". *J Health Econ*, 27(6):1418–1422.
- Felder, S & Werblow, A (2003), "Swiss social health insurance : co-payments work". *CESifo DICE rep*, 3/2003:43–46.
- Finkelstein, A et al (2012), "The Oregon health insurance experiment : evidence from the first year". *Q J Econ*, 127(3):1057–1106.
- Folk tandvården (2014), *Frisk tandvård*. Hämtad 2019-11-13, <<http://www.folkvandvarden.se/friskvandvard/>>.
- Folk tandvården Västra Götalands län (2019), *Priser och avgiftsklasser*. Hämtad 2019-11-13, <<https://folktandvarden.vregion.se/friskvandvard/priser-och-avgiftsklasser/>>.
- Gerfin, M & Schellhorn, M (2006), "Nonparametric bounds on the effect of deductibles in health care insurance on doctor visits : Swiss evidence". *Health Econ*, 15(9):1011–1020.
- Gosden, T et al (2000), "Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment : effects on the behaviour of primary care physicians". *Cochrane Database Syst Rev*, 3:CD002215.
- Haupt, P (2019), "Svårt att få tag i allmänläkare". Sveriges Radio, 19 januari. Hämtad 2019-11-13, <<https://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=7135565>>.
- Hoffman, M (2019), "Ersättningssystemen bromsar innovation". *Distriktsläkaren*, (3):32–35.
- Holmberg, K (2018), "Vård på nätet får minimiavgift". *Aftonbladet*, 16 mars. Hämtad 2019-11-12, <<https://www.aftonbladet.se/halsa/a/5VOXBz/vard-pa-natet-far-minimiavgift>>.
- Jakobsson, N & Svensson, M (2016), "Copayments and physicians visits : a panel data study of Swedish regions 2003–2012". *Health Policy*, 120(9):1095–1099.
- Johansson, N, Jakobsson, N & Svensson, M (2019), "Effects of primary care cost-sharing among young adults : varying impact across income groups and gender". *Eur J Health Econ*, 20(8):1271–1280.
- Johar, M et al (2013), "Discrimination in a universal health system : explaining socioeconomic waiting time gaps". *J Health Econ*, 32(1):181–194.
- Järvenhag, C (2018), "Över hälften skulle kunna tas om hand av primärvården istället". *Trygg vård*, 27 april. Hämtad 2019-11-13, <<https://tryggvard.se/over-halften-skulle-kunna-tas-om-hand-av-primarvarden-istallet/>>.
- Kringos, DS et al (2010), "The breadth of primary care : a systematic literature review of its core dimensions". *BMC Health Serv Res*, 10:65–77.
- Kroneman, M et al (2016), "Netherlands : health system review". *Health Syst Transit*, 18(2):1–240.
- Landi, S, Ivaldi, E & Testi, A (2018), "Socioeconomic status and waiting times for health services : an international literature review and evidence from the Italian national health system." *Health Policy*, 122(4):334–351.
- Landstinget i Uppsala län (2012), *Årsredovisning 2012*. Rapport. Uppsala: Landstinget i Uppsala län.
- Olah, ME, Gaisano, G & Hwang, SW (2013), "The effect of socioeconomic status on access to primary care : an audit study". *CMAJ*, 185(6):E263–269.
- Olsen, CB & Melberg, HO (2016), "Påverkar egenandeler ungdoms legebekøkk?". *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 19(1):62–75.
- Or, Z et al (2010), "Are health problems systemic? : politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems". *Health Econ Policy Law*, 5(3):269–293.
- De Pietro, C et al (2015), "Switzerland : health system review". *Health Syst Transit*, 16(2):1–288.
- Pisoni, J (2018), "Explosionsartad ökning av digitala vårdbesök". SVT, 17 december. Hämtad 2019-11-13, <<https://www.svt.se/nyheter/lokalt/orebro/notan-for-natlakarna-2018-over-en-kvarts-miljard>>.
- Pizer, SD & Prentice, JC (2011), "What are the consequences of waiting for health care in the veteran population?". *J Gen Intern Med*, 2:676–682.
- Proposition 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
- Region Östergötland (2019), *Så mycket kostar vården*. Hämtad 2019-11-13, <<https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Ekonomi/Kostnader/Sa-mycket-kostar-varden/>>.
- SKL (2016), *Väntetider i vården : läkarbesök i primärvården 2013–2018*. Hämtad 2019-11-12, <<https://www.vantetider.se/>>

Kontaktkort/Sveriges/PrimarvardBesok/>.

SKL (2019:1), *Nya patientavgifter 2019*. Hämtad 2019-11-13, <<https://skl.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/nyapatientavgifter2019.26198.html>>.

SKL (2019:2), *Ekonomirapporten*, maj 2019. Rapport. Stockholm: SKL.

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". 7(6):2708–2725.

Smith, PC (2005), "User charges and priority setting in health care : balancing equity and efficiency". *J Health Econ*, 24(5):1018–1029.

SOU 2015:104 *Långtidsutredningen 2015*.

SOU 2019:42 *Digifysiskt vårdval*.

Strand, J et al (2015), "A new capitation payment system in dentistry : the patients' perspective". *Community Dent Healthc* 32(2):83–88.

Svensk försäkring (2018), *Sjukvårdsförsäkring*. Hämtad 2019-11-13, <<https://www.svenskforsakring.se/statistik/skadeforsakring/sjukvardsforsakring/>>.

Vårdanalys (2018), *Allmän tillgång : ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*. Rapport. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Vårdföretagarna (2019), *Privat vård fakta 2019*. Rapport. Stockholm: Vårdföretagarna.

Zweifel, P & Manning, WG (2000), "Moral hazard and consumer incentives in health care." *Handb Health Econ*, 1:409–459.

BEGREPPSLISTA

Besöksavgift – egenavgift vid besök i primärvård eller annan öppenvårdsverksamhet.

Egenavgift, patientavgift – avgift som patienter betalar direkt till sjukvården, utöver skatt.

Egenkostnad – vårdkostnad som patienter själva står för. Egenkostnader som *inte* är egenavgifter förekommer i Sverige för exempelvis mediciner. Termerna används närmast utbytbart i forskningen.

Högekostnadsskyddet, frikort – en gräns på hur stora egenkostnader en patient i Sverige behöver betala på årlig basis. Det finns också ett statligt "högekostnadsskydd" för receptförskrivna läkemedel, den så kallade läkemedelsförmånen.

Vårdgarantin – den lagstadgade gräns som anger hur länge patienter ska behöva vänta i behov av vård. Inom primärvården ska patienter få en medicinsk bedömning av legitimerad vårdpersonal inom tre dagar. Förut (innan 2019) gällde sju dagar tills läkarkontakt.

Öppenvård – vård som bedrivs i öppen verksamhet av allmänläkare eller specialister, i motsats till slutenvård, det vill säga vård på avdelning. I Sverige bedrivs specialisters öppenvård vanligtvis via mottagningar på sjukhus.

TIMBRO

Kungsgatan 60, Box 3037
103 61 Stockholm, Sweden

Telefon: +46 8 587 898 00
E-post: info@timbro.se
