

”Översyn av avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, läkemedel, äldre- och handikappomsorg med mera” – en systematisk litteraturöversikt

Bakgrund

Avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, läkemedel, äldre- och handikappomsorg m.m. ska ses över i en statlig utredning (Direktiv 2011:61). Avsikten med föreliggande litteraturöversikt, framtagen enligt etablerade kriterier för SBU-rapporter, är att som stöd för utredningen sammanfatta kunskapsläget om konsekvenser av avgiftsstrukturen för efterfrågan på läkemedel och på resursutnyttjande i sjukvården, respektive eventuell inverkan på hälsotillstånd.

Slutsatser

- Det finns måttligt starkt vetenskapligt underlag för att ökade egenavgifter för läkarbesök leder till minskad efterfrågan på läkarbesök (priselasticitet cirka -0,3) (måttligt stark evidens).
- Det finns måttligt starkt vetenskapligt underlag för att ökade egenavgifter för läkemedel leder till minskad efterfrågan på läkemedel (priselasticitet cirka -0,4) (måttligt stark evidens).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag för att bedöma om efterfrågan på läkarbesök och andra sjukvårdstjänster påverkas av förändringar i egenavgifter för läkemedel (otillräckligt vetenskapligt stöd).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag för att bedöma om patienternas hälsotillstånd påverkas av egenavgifter (otillräckligt vetenskapligt stöd).

Frågeställningar

Med utgångspunkt från en vidare ram för litteratursökning enligt PICO (se Bilaga 1), och erforderliga avgränsningar (se nedan) blev följande frågeställningar relevanta att söka besvara:

- Hur påverkas efterfrågan på läkarbesök och läkemedel av storleken på respektive egenavgifter?
- Påverkas efterfrågan på läkarbesök av egenavgiften för läkemedel?
- Påverkas patienternas hälsotillstånd av egenavgiften för läkemedel?

Metod

Litteratursökning

Sökstrategierna för litteratursökningen framgår av bilaga (Bilaga 2). Litteratursökningen utfördes av informationsspecialist Hanna Olofsson, SBU.

Den sökta tidsperioden omfattar åren 1980 – 2010.

Litteratur söktes i databaserna Pubmed, Embase, Cinahl, Cochrane Library.

Publicerade studier på engelska och skandinaviska språk inkluderades.

Utfallet av litteratursökningen kan sammanfattas enligt följande:

Antal abstrakts avgränsat till systematiska litteraturöversikter	382
Beställda relevanta systematiska litteraturöversikter	79
Granskade studier i fulltext, ej relevanta	70
Granskad studie i fulltext, relevant men av alltför låg studiekvalitet	1 (se Bilaga 3)
Inkluderade relevanta studier	8 (se text och tabell)

Bedömning av studier

Med tillämpning av den av SBU rekommenderade granskningsmallen för systematiska litteraturöversikter, AMSTAR, har två projektledare och hälsoekonomer på SBU, Marianne Heibert Arnlind och Anders Norlund, oberoende av varandra granskat abstraktlistor för beställning av studier i fulltext samt bedömt studier i fulltext. Vid olika utfall av bedömning av studie har en särskild diskussion förts om respektive studie tills enighet uppnåtts. Endast studier av måttlig respektive hög studiekvalitet har inkluderats.

Avgränsningar

Tidsramen som står till förfogande för genomförande av kunskapsöversikten är cirka två månader. Detta har nödvändiggjort vissa avgränsningar:

En avgränsning av litteraturöversikten har gjorts till effekter av olika nivåer för egenavgifter vad gäller konsumtion av läkemedel respektive läkarbesök i öppen vård samt eventuella konsekvenser för hälsotillståndet.

Begränsningar har gjorts till studier publicerade på engelska eller skandinaviska språk.

Endast publicerade systematiska litteraturöversikter har inkluderats.

Resultat av litteraturgranskningen

En rapport från Cochrane (Austvoll-Dahlgren 2009) granskade studier avseende effekter av motsvarande egenavgifter (co-payment) respektive högkostnadsskydd (ceilings) på förbrukning av läkemedel, utnyttjande av sjukvård, hälsotillstånd samt på kostnader. Totalt inkluderades 21 studier, vilka studerade delvis olika former av egenavgifter och högkostnadsskydd, med konsekvens att det enligt rapporten blev svårt att dra slutsatser i flera

avseenden. Detta påverkades också av att studiekvaliteten för inkluderade studier i flera fall var låg. De slutsatser man ändå anser sig kunna dra av litteraturöversikten är följande:

- Genom att införa, eller att utöka, egenavgifter för läkemedel minskade användningen av läkemedel, och medförde även kostnadsbesparingar för läkemedel.
- Patienter svarade på ökade egenavgifter med att avbryta läkemedelsintag, även av nödvändiga (life-sustaining) läkemedel, eller med att minska inköp av läkemedel.
- Få studier rapporterade om konsekvenser av egenavgifter på hälsotillstånd respektive på vårdutnyttjande, dvs inga slutsatser kunde egentligen dras.

I Cochrane-rapporten konstateras avslutningsvis att skillnader i vårdsammanhang (setting), patientpopulationer och behandlingsåtgärder (interventions) medför svårigheter att göra jämförelser mellan inkluderade studier.

En systematisk litteraturöversikt inkluderade studier med personer över 65 år, där den övergripande frågan gällde huruvida patientavgifter skapar ojämlikhet bland äldre (Corrieri 2010). Denna litteraturöversikt är begränsad så tillvida att endast databasen PubMed användes vid litteratursökningen. Av inkluderade 29 studier var 11 longitudinella. I 14 av studierna fanns multivariata analyser av förväxlingsfaktorer utförda. De vanligast tillämpade förväxlingsfaktorerna var ålder, kön, ras (flera studier från USA) och utbildning. Majoriteten av de inkluderade studierna var emellertid tvärsnittsstudier för vilka orsakssamband är svårtolkade, vilket också påpekas av författarna till litteraturöversikten. De slutsatser som dras i litteraturöversikten kan sammanfattas enligt följande:

- Låg inkomst är associerad till låg utbildning och kvinnligt kön.
- Personer med låga inkomster har de högsta procentuella egenavgifterna för läkemedel i förhållande till inkomsterna.
- Ökade egenavgifter kan medföra ojämlikhet bland konsumenterna, särskilt bland äldre personer.

Det kan slutligen konstateras att studien har ett tydligt USA-perspektiv och att relevansen för svenska förhållanden kan diskuteras.

En systematisk litteraturöversikt utförd av två anställda vid Merck i USA undersökte om upplevd betalningsförmåga påverkade följsamheten till receptförskrivna läkemedel (Gadkari 2010). Totalt inkluderades 79 studier varav 59 från patientperspektiv och 20 från förskrivarperspektiv. Omkring hälften av studierna var utförda i Nordamerika. Litteraturöversikten visar att spridningen i bristande följsamhet var mycket stor, från 0,5 till 57 % och att denna även varierade för olika diagnoser, exempelvis 7 % för högt blodtryck jämfört med 32 % för benskörhet. De främsta anledningarna till bristande följsamhet anges vara oro för läkemedelsbiverkningar, inte upplevt behov att ta läkemedel, samt frågor om bristande betalningsförmåga. Litteraturöversikten bygger till stor del på självrapporterade data vilket talar för att resultaten bör tolkas med viss försiktighet.

Egenavgiften för ordinerade läkemedel och avgiftens betydelse för läkemedelskostnader, användning av läkemedel, resursutnyttjande av icke farmakologiska tjänster respektive effekter på hälsotillstånd granskades i en systematisk litteraturöversikt (Goldman 2007). Sammanlagt inkluderades 132 studier varav 65 med fokus på egenavgifter. Baserat på huvudsakligen observationsstudier sammanfattas kunskapsläget med konstaterandet att priselasticiteten för efterfrågan på läkemedel är mellan -0,2 och -0,6 dvs. vid en 10-procentig höjning av egenavgiften för läkemedel kan en minskning av inköpen av läkemedel förväntas med mellan 2 % och 6 %. Kunskapsläget bedömdes emellertid som oklart vad gäller samband mellan egenavgifter för läkemedel och hälsotillstånd. Baserat på studier från USA anses emellertid ett samband föreligga mellan högre egenavgifter på läkemedel och ökat resursutnyttjande i sjukvården i form av intagningar eller besök på akutmottagningar för personer med vissa kroniska sjukdomar (hjärtsvikt, diabetes, schizofreni).

I en Cochrane-rapport undersöktes effekter av begränsningar i ersättning av kostnader för läkemedel på konsumtionen av läkemedel, på utnyttjandet av sjukvård respektive på hälsotillstånd (Green 2010). Totalt inkluderades 29 tidsseriestudier varav 12 med kontrollgrupp. De i studierna inkluderade individerna var företrädesvis äldre (Medicare) och/eller låginkomsttagare från USA och Kanada. Läkemedlen studerades i form av specifika läkemedel (exempelvis protonpumpshämmare) eller som en grupp av läkemedel (exempelvis lipidsänkande läkemedel). Studier med avseende på effekter på hälsotillstånd visade motsägande resultat. Vad gäller regler (policies) som begränsar ersättningar för utlägg för läkemedel finner Cochrane-rapporten att det finns evidens för att dessa regler reducerar konsumtionen läkemedel av typ protonpumpshämmare och NSAID samt minskar de totala utgifterna för läkemedlen ifråga. För andra generationens anti-psykotiska läkemedel kan restriktioner i form av begränsning av ersättningar däremot leda till avbrytande av läkemedelsbehandling och utan att lägre kostnader för läkemedel totalt sett uppnås. Vidare finner Cochrane-rapporten att det saknas stöd för att minskad konsumtion av läkemedel påverkar utnyttjandet av andra sjukvårdsresurser. Antalet studerade läkemedel, respektive grupper av läkemedel, är emellertid begränsat till ett tiotal varför generella slutsatser för hela läkemedelsområdet inte kan göras.

Effekter av egenavgifter för konsumtionen av läkemedel bland fattiga och kroniskt sjuka undersöktes i en systematisk litteraturöversikt (Lexchin 2004). Endast studier från OECD-länder inkluderades i avsikt att få rimligt lika bakgrundsdata. Totalt inkluderades 24 studier varav 5 tidsserieanalyser, 6 före/efter studier och resterande tvärsnittsstudier. Studier från USA utgjorde två tredjedelar av samtliga inkluderade studier. Sammanställningen av studieresultat anger att ju större andel av den samlade inkomsten som används för läkemedel – exempelvis till följd av högre egenavgifter – desto större blev priskänsligheten. Priselasticiteten varierade mellan -0,34 och -0,50 för personer med låg inkomst och/eller

kronisk sjukdom, dvs en 10-procentig ökning av priset beräknas medföra en minskad efterfrågan motsvarande cirka 3–5 %.

Egenavgifter för läkemedel och påverkan på hälsotillstånd bland äldre (65+) studerades i en systematisk litteraturöversikt (Page 2008). I översikten inkluderades enbart studier från Nordamerika i avsikt att vara relevanta för nordamerikansk sjukvård. Av sju inkluderade studier visade tre studier ingen skillnad mellan åldersgrupper. Övriga fyra studier visade att ökade egenavgifter för förskrivna läkemedel tycktes ha negativa effekter på hälsotillstånd bland äldre samt öka resursutnyttjandet i sjukvården bl a på akutmottagningar. Två av studierna är emellertid inte justerade för skillnader i ålder respektive socioekonomiska förhållanden, en studie är relativt liten (n=273), och den fjärde studien använde huvudsakligen aggregerade data, inte data på patientnivå. Slutsatsen att ökade egenavgifter för läkemedel påverkar hälsotillståndet, som anges i litteraturöversikten, måste därför tolkas med stor försiktighet. Med tanke på att studierna enbart avser förhållanden i Nordamerika kan överförbarheten till svenska förhållanden ifrågasättas.

En systematisk litteraturöversikt från Nederländerna var avgränsad till empiriska studier med inriktning på efterfrågan på läkarbesök i öppen vård (Skriabikova 2010). Efterfrågan studerades med avseende på patientavgiften antingen direkt som en oberoende variabel (flat-rate co-payment; patientavgift), eller indirekt (level of deductibles and/or co-insurance). Sammanlagt inkluderades 46 studier varav tolv avsåg förhållanden i Europa. Av de senare studierna hade åtta som syfte att studera patientavgiftens betydelse för efterfrågan på läkarbesök. De flesta studier analyserade läkarbesök som en beroende variabel. Patientavgiften utgjorde i samtliga studier en oberoende variabel, och i varierande grad ingick även demografiska och socio-ekonomiska variabler. Enligt fler än hälften av studierna hade priset (egenavgiften) signifikant betydelse för efterfrågan på läkarbesök. Priselasticitet rapporterades i fyra nivåer dvs <0,10, 0,10–0,50, 0,51–0,99 samt 1,0 eller högre. Priselasticitet 0,10–0,50 angavs av flest studier varav även tre kontrollerade experimentella studier. De högsta nivåerna för priselasticitet angavs av ett fåtal studier med tvärsnittsdesign, dvs ett svagare styrkt orsakssamband. Motsvarande resultat för personer med låg inkomst, eller boende i utvecklingsländer, var emellertid högre och närmare 1,0 och i vissa fall mer. Priselasticiteten för läkarbesök påverkades enligt inkluderade studier mest av konsumentens inkomst, men även ålder, kön och utbildning påverkade. Vårdgivarens kvalitet och geografiska läge samt priset på alternativa sjukvårdstjänster hade också betydelse för priselasticiteten. Kostnader för väntetider, restider och liknande var inte beaktade i de inkluderade studierna.

Slutsatsen är att priselasticiteten för efterfrågan på läkarbesök i öppen vård är högre vid låg inkomst (>-0,50 – -1), höga patientavgifter och tillgång till alternativa vårdtjänster. Patientavgiftens storlek påverkar således konsumentens val av vårdtjänst, i detta fall läkarbesök, i synnerhet bland personer med låg inkomst.

Diskussion

Slutsatserna av inkluderade systematiska översikter kan sammanfattas enligt följande:

Författare, år	Visade samband	Ej visade samband	Identifierade problem	Anmärkning
Austvoll-Dahlgren 2008	Ökade egenavgifter för läkemedel reducerar användningen av läkemedel, liksom kostnaderna för läkemedel	Ökade egenavgifter på läkemedel och hälsotillstånd Ökade egenavgifter på läkemedel och vårdutnyttjande	Även användning av relativt livsviktiga läkemedel minskade	
Corrieri 2010	Egenavgifternas relativa andel av inkomsten av störst betydelse för låginkomsttagare Låg utbildning och kvinnligt kön var prediktorer för låg inkomst		Oklart om tvärsnittsstudier kan användas för att ange orsaks-samband	Studier från USA enbart, för att avspegla ett USA-perspektiv
Gadkari 2010	Höjda egenavgifter för läkemedel reducerar följsamhet till förskrivna läkemedel		Stor spridning för bristande följsamhet enligt inkluderade studier, från 0,5% till 57%	Självrapporterade data, kombinerade kvantitativa och kvalitativa studier
Goldman 2007	Priselasticitet för efterfrågan på läkemedel -0,2 till -0,5 Högre egenavgifter på läkemedel ökade resursutnyttjandet i sjukvården (akuta besök, intagningar) för personer med kroniska sjukdomar Högre egenavgifter på läkemedel minskade användningen av förskrivna läkemedel	Egenavgifter och hälsotillstånd	Många studier saknar uppgifter om socioekonomiska förhållanden	Majoritet av studierna från USA
Green 2010	Policy-regler reducerar konsumtion av vissa läkemedel liksom kostnaderna för läkemedlen	Policy-regler och hälsotillstånd, Policyregler och utnyttjande av andra sjukvårdstjänster	Begränsat antal läkemedel studerade, svårt att generalisera till hela läkemedelsområdet	Majoriteten av studierna avser förhållanden i USA och i Kanada

Författare, år	Visade samband	Ej visade samband	Identifierade problem	Anmärkning
Lexchin 2004	Priselasticitet för efterfrågan på läkemedel -0,34 till -0,50 Egenavgifter har störst effekt för låginkomsttagare och de med kronisk sjukdom		Eventuell bias i skattningarna har inte kunnat kontrolleras	2/3 av alla inkluderade studier från USA
Page 2008	Ökade egenavgifter för läkemedel minskar konsumtionen av förskrivna läkemedel och påverkar därmed hälsotillståndet hos äldre		Tveksamt om slutsatserna håller pga inkongruenta resultat	Enbart USA-perspektiv
Skriabikova 2010	Priset för patientavgiften har betydelse för efterfrågan på läkarbesök, priselasticitet -0,10 till -0,50			Majoriteten av studierna av svag studiedesign

En viss överlappning av studier i de inkluderade litteraturöversikterna förekommer men har inte undersökts i detalj. Slutsatserna baserade på ovan redovisade resultat av litteraturöversikterna kan emellertid sammanfattas enligt följande.

Fem systematiska litteraturöversikter (Austvoll-Dahlgren 2009, Gadkari 2010, Goldman 2007, Lexchin 2004, Page 2008) visar att ökade egenavgifter för läkemedel minskar konsumtionen av läkemedel. I två av dessa översikter (Goldman 2007, Lexchin 2004) anges priselasticiteten för efterfrågan på läkemedel till cirka -0,40 (spridning från -0,20 till -0,60). Slutsatsen blir att ökade egenavgifter för läkemedel minskar inköpen av läkemedel liksom användningen av läkemedel.

Enligt två systematiska litteraturöversikter (Austvoll-Dahlgren 2009, Goldman 2007) har det inte påvisats samband mellan olika nivåer för egenavgifter för läkemedel och betydelsen för hälsotillståndet. Två andra litteraturöversikter (Green 2010, Page 2008) hävdar däremot motsatsen, men då enbart baserat på studier från USA, och för Green enbart andra generationens anti-psykotiska läkemedel, vilket sammantaget kan innebära tveksamhet om överförbarhet till svenska förhållanden. Slutsatsen blir därför att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om hälsotillståndet påverkas av olika nivåer för egenavgifter för läkemedel.

En litteraturöversikt från Cochrane (Austvoll-Dahlgren 2009) finner inte att ökade egenavgifter för läkemedel påverkar resursutnyttjandet i sjukvården. Litteraturöversikten baserad huvudsakligen på studier från USA (Goldman 2007) hävdar däremot motsatsen vad gäller kroniska sjukdomar. Enligt en litteraturöversikt (Green 2010) påverkar förändringar av policy-regler konsumtionen av andra generationens anti-psykotiska läkemedel liksom kostnaderna för läkemedel. Slutsatsen blir därför att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om förändringar av egenavgifter för läkemedel påverkar resursutnyttjandet av sjukvårdstjänster.

I en litteraturöversikt (Skriabikova 2010) dras slutsatsen att nivån för egenavgiften har betydelse för efterfrågan på läkarbesök, med en priselasticitet av cirka $-0,30$ ($-0,10$ till $-0,50$). Slutsatsen baserad på denna litteraturöversikt är att nivån för egenavgifter har påverkan på efterfrågan på läkarbesök och att priselasticiteten ökar med lägre inkomst.

Slutsatserna enligt denna litteraturöversikt baserad på systematiska översikter kan jämföras med slutsatserna enligt den ofta citerade RAND-studien (Lohr, Brook et al. 1986) genomförd i USA på 1980-talet, där man experimenterade med olika egenavgifter för patienterna. Ett resultat av RAND-studien var att egenavgifter påverkar utnyttjandet av sjukvård i form av läkarbesök. Enligt RAND-studien reducerar egenavgifter sjukvårdskostnader på kort sikt medan långsiktiga ekonomiska konsekvenser inte var kända. Vidare fann RAND-studien att det pga inkonklusiva resultat saknas stöd för att egenavgifter påverkar hälsotillståndet. RAND-studiens resultat kan anses bekräftat av föreliggande litteraturöversikt baserad på publicerade systematiska översikter.

Referenser

Austvoll- Dahlgren A, Aaserud M, Vist GE, Ramsay C, Oxman AD et al. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD007017.

Corrieri S, Heider D, Matschinger H, Lehnert T, Raum E et al. Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payments for 65+ patients – a systematic review. *Int J for Equity in Health* 2010;9:1-11.

Gadkari AS, McHorney. Medication non-fulfillment rates and reasons: narrative systematic review. *Curr Med Res Opin* 2010;26:683-705.

Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y. Prescription Drug Cost Sharing. Associations With Medication and Medical Utilization and Spending on Health. *JAMA* 2007;298:61-69.

Green CJ, Maclure M, Fortin PM, Ramsay CR, Aaserud M et al. Pharmaceutical policies: effects of restrictions on reimbursement. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 8. Art.No.: CD008654.

Lohr KN, Brook RH, Kamberg CJ, Goldberg GA, Leibowitz A, Keesey J, et al. Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment. Diagnosis- and service-specific analyses in a randomized controlled trial. *Med Care* 1986;24:S1-87.

Lexchin J, Grootendorst P. Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of the evidence. *Int J Health Serv* 2004;34:101-22.

Page RL, Barton P, Nair K. Effect of Cost-Sharing for Prescription Medications on Health Outcomes in Older Adults: A Critical Review of the Literature and Potential Implications for Managed Care. *The Consultant Pharmacist* 2008;23:44-54.

Skriabikova O, Pavlova M, Groot W. 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. *Int J Environ Res Public Health* 2010;7:2708-25.

Bilaga 1 - PICO

1. PICO

Population i PICO:

Patienter

Konsumenter

Vårdgivare

Intervention i PICO:

Patientavgifter (olika nivåer)

Högekostnadsskydd (olika nivåer)

Finansieringsgrad

Indexering

Control i PICO:

Ej patientavgift

Ej högekostnadsskydd

Tidigare förekommande (lägre/högre) patientavgift

Tidigare förekommande (lägre/högre) högekostnadsskydd

Outcome i PICO:

Vårdutnyttjande (öppen vård)

Läkemedelskonsumtion

Priselasticitet

Priskänslighet

Betalningsvilja

Individens prioriteringar

Produktivitet (sjukvård)

Effektivitet (sjukvård)

Patientnytta

Individens privatekonomi

Samhällsnytta

2. Inklusionskriterier

Språk:

Engelska, Skandinaviska språk

Geografiskt:

Studier baserade på data från i första hand Europa och Kanada och USA

Databaser:

EMBASE, MEDLINE, Healthstar, CINAHL, Econlit, Cochrane Library, HEED, NHSEED

Tidsperiod:

1980 – 2010

Analyser:

Baserade på individdata. Justerade för ålder, kön (minimum)

Typ av studier

Systematiska översikter, RCT, observationsstudier (longitudinella)

3. Exklusionskriterier

Utöver de som indirekt framgår av inklusionskriterierna:

Grå litteratur (inkl. avhandlingar)

Studier utan abstracts i databaser.

Bilaga 2

Övriga databaser -översikter			
Patientavgifter och högkostnadskydd			
		Söktermer	Antal ref
Cochrane (CRD, EED) 110913			
1.	MeSH	Drug Costs[MeSH:NoExp] OR Cost Sharing[MeSH] OR Prescription Fees[MeSH] OR Fees and Charges[MeSH:NoExp] OR Fees, Medical[MeSH] OR Fees, Pharmaceutical[MeSH] OR Rate Setting and Review[MeSH] OR Single-Payer System[MeSH]	CDSR/6 EED/830
2.	Ti, Ab, kw	co-payment* OR "prescription cap" OR "capped prescription" OR "drug benefit cap*" OR "Out of pocket" OR affordability OR "prescription charge" OR "cost burden" OR "cost ceiling" OR "payment limit*" OR "cost sharing" OR coinsurance OR co-insurance	CDSR/7 EED/10
3.		1 OR 2	CDSR/10 EED/835
4.		Health Services Accessibility[MeSH] OR Patient Compliance[MeSH] OR Delivery of Health Care[MeSH:NoExp] OR Choice Behavior[MeSH:NoExp] OR Drug Utilization[MeSH]	EED/438
5.		(3 AND 4) NOT (CostBenefit Analysis[MeSH] OR (cost-benefit OR cost-effectiveness):ti)	HTA/1 EED/24

Embase 110914			
Patientavgifter och högkostnadskydd			
1.		'drug cost'/mj OR 'hospital billing'/mj OR 'hospital charge'/mj OR 'medical fee'/mj OR 'capitation fee'/mj AND [embase]/lim	6428
2.		'co payment\$:ti:ab OR copayment\$:ti:ab OR 'prescription cap':ti:ab OR 'capped prescription':ti:ab OR 'drug benefit cap':ti:ab OR 'out of pocket':ti:ab OR affordability:ti:ab OR 'prescription charge':ti:ab OR 'cost burden':ti:ab OR 'cost ceiling':ti:ab OR 'payment limit':ti:ab OR 'cost sharing':ti:ab OR coinsurance:ti:ab OR 'co insurance':ti:ab OR 'price elasticity':ab,ti AND [embase]/lim	4139
3.		(cap:ti OR caps:ti OR ceiling\$:ti) AND (payment:ti OR policy:ti OR policies:ti OR prescrib\$:ti) AND [embase]/lim	9
4.		(charg\$:ti OR fee\$:ti OR 'direct pay\$:ti OR 'direct contribut\$:ti OR expenditure:ti) AND (patient\$:ti OR prescrib\$:ti OR prescrip\$:ti OR pharmaceutic\$:ti OR dispens\$:ti OR 'health care':ti OR healthcare:ti OR care:ti) AND [embase]/lim	390
5.		"Patient related cost":ti:ab OR "medical care expenditures":ti,ab AND [embase]/lim	104

6.		1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5	10739
7.		6 AND 'systematic review'/de	56

Cinahl via EBSCO, 110916			
Patientavgifter och högkostnadskydd			
1.		MM "Health Care Costs" OR MM "Insurance, Health" OR (MH "Drugs, Prescription/EC") OR MM "Fees and Charges"	16608
2.	Ti, ab,	(TI co-payment* OR TI "prescription cap" OR TI "capped prescription" OR TI "drug benefit cap*" OR TI "Out of pocket" OR TI affordability OR TI "prescription charge" OR TI "cost burden" OR TI "cost ceiling" OR TI "payment limit*" OR TI "cost sharing" OR TI coinsurance OR TI co-insurance OR AB co-payment* OR AB "prescription cap" OR AB "capped prescription" OR AB "drug benefit cap*" OR AB "Out of pocket" OR AB affordability OR AB "prescription charge" OR AB "cost burden" OR AB "cost ceiling" OR AB "payment limit*" OR AB "cost sharing" OR AB coinsurance OR AB co-insurance)	1401
3.	TI	(cap OR caps OR ceiling) AND (payment OR policy OR policies OR prescribe* OR expenditure*)	17
4.		(TI charg* OR TI fee OR TI fees OR TI "direct pay*" OR TI "direct contribut*" OR TI expenditure) AND (TI patient* OR TI prescribe* OR TI prescript* OR TI pharmaceutical* OR TI dispens* OR TI "health care" OR TI healthcare OR TI care)	707
5.		1 OR 2 OR 3 OR 4	8067
6.		5 AND ((MH "Systematic Review") OR (ZT "systematic review") OR (TI "systematic review" OR TI "meta-analysis")) Limiters - Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	101

Pubmed via NLM 110913			
		Söktermer	Antal ref
Intervention: högkostnadskydd, patientavgifter			
1.		Drug Costs[MAJR] OR "Drug Costs/statistics and numerical data"[MeSH] OR Cost Sharing[MAJR] OR "Cost Sharing/statistics and numerical data"[MeSH] OR Prescription Fees[MAJR] OR Fees and Charges[MaJR:NoExp] OR Fees, Medical[MAJR] OR	12938

		Fees, Pharmaceutical[MAJR] OR Rate Setting and Review[MAJR] OR Single-Payer System[MAJR]	
2.		co-payment*[tiab] OR (cap[tiab] AND (payment[ti] OR cost[ti])) OR prescription cap[tiab] OR capped prescription[tiab] OR drug benefit cap*[tiab] OR Out of pocket[tiab] OR affordability[tiab] OR prescription charge[tiab] OR cost burden[tiab] OR cost ceiling[tiab] OR payment limit*[tiab] OR cost sharing[tiab] OR coinsurance[tiab] OR co-insurance[tiab]	4663
3.		1 OR 2	16816
4.		3 AND systematic[SB] AND Limits Activated: English, Danish, Norwegian, Swedish, Systematic Reviews, Publication Date from 1990	273

(Drug Costs[MAJR] OR “Drug Costs/statistics and numerical data”[MeSH] OR Cost Sharing[MAJR] OR “Cost Sharing/statistics and numerical data”[MeSH] OR Prescription Fees[MAJR] OR Fees and Charges[MaJR:NoExp] OR Fees, Medical[MAJR] OR Fees, Pharmaceutical[MAJR] OR Rate Setting and Review[MAJR] OR Single-Payer System[MAJR] OR co-payment*[tiab] OR (cap[tiab] AND (payment[ti] OR cost[ti])) OR prescription cap[tiab] OR capped prescription[tiab] OR drug benefit cap*[tiab] OR Out of pocket[tiab] OR affordability[tiab] OR prescription charge[tiab] OR cost burden[tiab] OR cost ceiling[tiab] OR payment limit*[tiab] OR cost sharing[tiab] OR coinsurance[tiab] OR co-insurance[tiab]) AND (Health Services Accessibility/economics[MeSH] OR Health Services Accessibility[MeSH] OR Patient Compliance[MeSH] OR Delivery of Health Care/economics[MeSH] OR (Overuse[tiab] AND (cost[tiab] OR financial[tiab]))) OR Medicine underuse[tiab] OR misuse of medicine*[tiab] OR use of healthcare services[tiab] OR increased healthcare utilization[tiab] OR drug use[tiab] OR drug expenditure*[tiab] OR overall expenditure*[tiab] OR health outcome[tiab] OR cost-reducing strateg*[tiab] OR cost-related access problem*[tiab] OR access to care[tiab] OR falls in utilization[tiab] OR cost-barrier*[tiab] OR health care utilization[tiab] OR health care utilisation[tiab] OR drug consumption[tiab] OR (price elasticity[tiab] AND drug*[tiab] AND prescript*[tiab]) OR willingness to pay[tiab])

Limits Activated: English, Danish, Norwegian, Swedis

Uppllysning: Databasen NHSEED är en del-databas av Cochrane´s databas och ingår därmed i litteratursökningen.

Bilaga 3

Exkluderad litteraturöversikt pga. låg studiekvalitet:

Pisu M, Azuero A, McNees P, Burkhardt J, Benz R et al. The out of pocket cost of breast cancer survivors; a review. *J Cancer Surviv.* 2010;4:202-9.

Orsak till exkludering: Ingen bedömning av studiekvalitet för de tre inkluderade studierna.

Tabell

Inkluderade systematiska litteraturoversikter

Författare År	Syfte och frågeställningar	Antal inkluderade studier i slutbedömningen	Effektmått	Resultat	Studie- kvalitet Kommentar
Austvoll- Dahlgren 2009	Systematisk översikt (Cochrane) om effekter av (bl.a) patientens egenavgifter Har nivån för egenavgifter effekter på läkemedels- konsumtion, kostnader för läkemedel totalt, utnyttjande av hälso- och sjukvård, hälsotillstånd?	11 studier analyserade egenavgifter	Egenavgiftens betydelse för priselasticitete n för konsumtion av läkemedel bland fattiga och personer med kronisk sjukdom Effekter på hälsotillstånd vid ökad andel egenavgifter för läkemedel	Ökning av egenavgifter reducerade användningen av läkemedel och även kostnaderna för läkemedel Problem att även viktiga läkemedel minskade i användning	Hög studiekvalitet Otillräckliga data om effekter på hälsotillståndet
Corrieri 2010	Systematiskt granska empiriska studier med patienter 65+ och uppgifter om patientavgifter samt inkomst, utbildning och kön Skapar patientavgifter ojämlikhet för äldre (65+ år), för de med låg utbildning, respektive för kvinnor?	29 studier, varav 11 longitudinella och 18 tvärsnittsstudier I 14 studier analyserades med avseende på förväxlingsfaktorer	Ojämlighet avseende patient- avgifternas betydelse avseende låg inkomst, låg utbildning och kvinnligt kön	Egenavgiftens relativa andel av inkomsten av störst betydelse för personer med låg inkomst Låg utbildning och kvinnligt kön prediktorer för högre patientav- gifter (relativt sett) i förhållande till inkomst	Måttlig studiekvalitet Tveksamt om tvärsnitts- studier kan användas för att fånga orsaks- samband

Författare År	Syfte och frågeställningar	Antal inkluderade studier i slutbedömningen	Effektmått	Resultat	Studie- kvalitet Kommentar
Gadkari 2010	<p>Systematiskt granska empiriska studier som studerar bristande följsamhet till förskrivning av läkemedel</p> <p>Påverkar upplevd betalningsförmåga följsamheten till receptförskrivning?</p>	79 studier varav 59 avsåg patientnivå 34 studier avsåg självrapporterade uppgifter och 25 baserades på administrativa data	Följsamhet till läkemedelsförskrivning och orsaker till skillnader i följsamhet	<p>Stor spridning på bristande följsamhet enligt olika studier dvs 0,5 % till 57,1 %</p> <p>Exempelvis 7,7 % vid högt blodtryck och 32,3 % vid benskörhet</p> <p>Ekonomiska orsaker uppgavs vara att inte ha råd att lösa ut läkemedel</p>	<p>Måttlig studiekvalitet</p> <p>Svårigheter att tolka egenrapporterade uppgifter</p>
Goldman 2007	<p>Systematiskt granska empiriska studier som studerar samband mellan nivåer för egenavgifter och användning av läkemedel (recept)</p> <p>Har olika nivåer för egenavgifter på läkemedel inverkan på priselasticitet för efterfrågan?</p>	65 studier varav 1 longitudinell, 15 före/efter, 10 tidsserieanalyser, 11 upprepade tvärsnittsstudier och 10 tvärsnittsstudier	Efterfrågans priselasticitet	En 10 % höjning av egenavgiften minskar användningen av läkemedel med mellan 2 och 6 %	<p>Måttlig studiekvalitet</p> <p>Många studier av bra design för att följa förändring över tid</p>

Författare År	Syfte och frågeställningar	Antal inkluderade studier i slutbedömningen	Effektmått	Resultat	Studie- kvalitet Kommentar
Green 2010	Systematiskt granska empiriska studier som studerar effekter av policy-restriktioner på ersättning för kostnader för läkemedel med avseende på konsumtion av läkemedel, sjukvårdsutnyttjande, hälsotillstånd och kostnader	29 studier varav 12 kontrollerade	Betydelsen av policy för konsumtion av läkemedel, läkarbesök och hälsotillstånd	Policy-regler påverkar konsumtionen av vissa läkemedel (protonpumpshämmare, NSAID), men inte andra (anti-psykotiska) Läkemedelskostnaderna minskade i motsvarande grad Inte visat att policy-regler har betydelse för hälsotillstånd eller vårdutnyttjande	Hög studiekvalitet
Lexchin 2004	Systematiskt granska empiriska studier som studerar effekter av egenavgifter för konsumtion av läkemedel bland fattiga personer och personer med kronisk sjukdom Vidfattigdom och kronisk sjukdom, påverkar egenavgiftens storlek läkemedelsförbrukningen?	24 studier varav 5 tidsserieanalyser, 6 före/efter studier, 4 tvärsnittsstudier med justerade för skillnader i patientsammansättning och 9 övriga tvärsnittsstudier	Egenavgiftens betydelse för konsumtionen av läkemedel bland fattiga och personer med kronisk sjukdom	Ju större andel av inkomsten som används för läkemedel ju större grad av priskänslighet Priselasticitet -0,34 till -0,50 för fattiga och de med kronisk sjukdom	Måttlig studiekvalitet Bias i urval av studier kan inte uteslutas

Författare År	Syfte och frågeställningar	Antal inkluderade studier i slutbedömningen	Effektmått	Resultat	Studie- kvalitet Kommentar
Page 2008	<p>Systematiskt granska empiriska studier som studerar betydelsen av egenavgifter för konsumtion av läkemedel och hälsoeffekter hos äldre</p> <p>Har ökade egenavgifter för läkemedel effekter på hälsotillståndet bland personer 65+?</p>	<p>7 studier varav 6 longitudinella och 1 tvärsnittsstudie</p> <p>5 studier avsåg personer >65+ år och 2 studier personer <65 år</p>	<p>Effekter på hälsotillstånd vid ökad andel egenavgifter för läkemedel</p>	<p>Tre studier visar ingen skillnad mellan åldersgrupper medan fyra studier visar skillnader i utnyttjande av akutsjukvård och intagningar</p>	<p>Måttlig studiekvalitet</p> <p>Förutom ett begränsat antal studier, enbart studier från Nordamerika</p>
Skriabikova 2010	<p>Systematiskt granska empiriska studier med uppgifter om patientavgifter och efterfrågan på läkarbesök</p> <p>Påverkar patientavgiftens storlek efterfrågan på läkarbesök i öppen vård?</p>	<p>46 studier varav 23 tvärsnitts-, 13 panel- eller poolade tvärsnittsstudier, 10 experimentstudier</p>	<p>Priselasticitet för efterfrågan på läkarbesök i öppen vård</p>	<p>Priselasticitet i allmänhet 0,5 med spridning 0,1 till 1,0 varvid högst i utvecklingsländer</p> <p>Inkomst viktigaste faktorn som påverkar priselasticitet</p>	<p>Måttlig studiekvalitet</p> <p>Majoriteten av studier har svag studiedesign vilket även påpekas i den systematiska översikten</p> <p>Tveksamt om tvärsnittsstudier kan användas för att fånga orsaks-samband</p>