

Stuprörstänkande gör samhällets kostnader för ohälsa onödigt höga

Samhällets kostnader för ohälsa är omfattande och fördelar sig på många olika samhällssektorer. Samtidigt faller kostnaderna för att åtgärda ohälsa huvudsakligen på landstingen. Det innebär att besparingar till följd av förbättrad hälsa i många fall kommer att ligga utanför den sektor som finansierar och beslutar om hälsoförbättrande interventioner. I artikeln presenteras en skattning av hur kostnaderna för ohälsa fördelar sig på olika kostnadsslag och betydelsen av denna fördelning för möjligheterna till en effektiv resursallokering.

När de första vaccinen mot *Haemophilus influenzae* (HIB) kom i början av nittioalet fanns det initialt ett motstånd inom en del landsting mot att införa det i det allmänna vaccinationsprogrammet på grund av den då relativt höga kostnaden (Gothefors m fl 1992). HIB är en bakterie som kan orsaka allvarlig hjärnhinneinflammation hos små barn och struplockskatarr hos lite större barn (Smittskyddsinstitutet 2011). En del barn får neurologiska skador och kan t ex bli döva. Sett ur hela samhällets perspektiv är vaccinationen kostnadsbesparande på grund av att så höga kostnader är förknippade med att hantera följderna av sjukdomen (Trollfors 1994). Dessa kostnader bars dock till den övervägande delen av kommunerna och föräldrarna till barnen. För landstingen innebar vaccinationen en ökad kostnad.

Exemplet visar hur landstingen i vissa fall möter negativa incitament för att använda kostnadseffektiva metoder i sjukvården. Problemet kan beskrivas som att budgethänsyn utifrån organisatoriska stuprör styr starkare än samhällsekonomiska överväganden – s k stuprörstänkande. Det vill säga att administrativa gränser, skilda finansieringssystem och avsaknaden av prismekanismer motverkar en effektiv resursallokering. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det intressant att undersöka hur stort problemet med stuprörstänkande kan vara och överväga om det eventuellt finns lösningar.

Ett första steg är att uppskatta hur ineffektiv resursallokeringen är på grund av stuprörstänkande. En rimlig hypotes är att graden av snedvriden resursallokering orsakad av stuprörstänkande korrelerar med andelen av kostnaderna för ohälsa som faller på sektorer utanför landstingen. Ju högre andelen är desto fler interventioner kan det finnas där landstingens kostnad för en intervention på marginalen är avsevärt högre än samhällets. Den totala samhällskostnaden för ohälsa ger tillsammans med storleken på de kilar som finns mellan landstingens och samhällets kostnader för interventioner en indikation på hur stort problemet kan vara.

JOAKIM RAMSBERG OCH MATS EKELUND

Joakim Ramsberg är verksam vid Innovus, ett företag som bedriver konsultverksamhet och uppdragsforskning inom främst hälsoekonomi. Han är disputerad nationalekonom från Handelshögskolan i Stockholm. Joakim.ramsberg@innovus.com

Mats Ekelund är hälsoekonom på läkemedelsbolaget Pfizer. Han är disputerad nationalekonom från Handelshögskolan i Stockholm. mats.ekelund@pfizer.com

Arbetet med den här artikeln har bekostats av Pfizer AB. Vi vill rikta ett tack till Mattias Ekman för värdefulla kommentarer på ett tidigare utkast av artikeln.

I denna artikel kommer samhällets kostnader för ohälsa samt deras fördelning på olika sektorer att skattas. Artikeln diskuterar vidare, bl a med hjälp av exempel, varför stuprörstänkande uppstår. Utifrån ett teoretiskt perspektiv diskuteras hur dessa problem kan beskrivas med nationalekonomiska begrepp samt eventuella lösningar och behovet av ytterligare forskning på området.

1. Hur stora är samhällets kostnader för ohälsa?

Utgångspunkten för en samhällsekonomisk uppskattning av kostnaderna för ohälsa är att alla kostnader ska räknas med oavsett vem de faller på. Tillvägagångssättet i denna artikel är att uppskatta de direkta kostnaderna för vård och omsorg i såväl staten, primärkommunerna och landstingen som hushållen (inklusive anhöriga) samt företagen. För ett samhällsekonomiskt perspektiv adderas därefter kostnader för produktionsbortfall på grund av sjukdom och dödsfall.

Notera att transfereringar av olika slag som t ex sjukpenningsutbetalningar inte räknas med som kostnader i en samhällsekonomisk kalkyl. Det finns visserligen en del kostnader förknippade med administrationen av dessa transfereringar, men dessa är försumbara i sammanhanget. Det är i stället värdet av den förlorade produktionen som ska räknas som en kostnad. Den samhällsekonomiska kostnaden av sjukfrånvaro beror således på lägre faktiskt arbetsutbud och därmed lägre produktion, dvs lägre utrymme för framtida både privat och offentlig konsumtion.

Kostnad för sjukvård och omsorg

Den totala kostnaden för sjukvården i Sverige var 296 miljarder år 2008. I hälsoräkenskaperna från SCB redovisas kostnaderna även separat för landstingen, staten, primärkommunerna samt hushåll och företag.

Landstingen står för den största delen av kostnaderna för hälso- och sjukvård med 71 procent, eller ca 210 miljarder. Den specialiserade somatiska vården står för nästan precis hälften av detta medan primärvården står för ca 18 procent av kostnaderna.

Receptförskrivna läkemedel utgör ca 10 procent av de totala kostnaderna för sjukvård och de sammanlagda kostnaderna för läkemedel uppgick 2009 till ca 35,7 miljarder kr. De receptfria läkemedlen stod för 3 miljarder av dessa och sjukhusprodukterna för 6,4 miljarder.

Staten finansierar endast en liten del av sjukvården, ca 2 procent och det gäller framför allt sjukvård inom försvaret, kriminalvården och specialskolan. Staten betalar även närståendepenning för anhörigvård av svårt sjuka personer i maximalt 100 dagar per vårdtagare. Närståendepenning är i sig en transferering precis som sjukpenningen och antalet dagar med närståendepenning representerar en produktionsförlust till följd av sjukdom som i princip också borde medräknas i de totala samhällsekonomiska kostnaderna. Dock finns ingen statistik över antal dagar, varför produk-

tionsförlusten approximeras med de faktiska utbetalningarna. Eftersom ersättningen motsvarar 80 procent av sjukpenninggrundande inkomst blir detta en underskattning av produktionsförlusten.

Närståendepenning är dock endast en mindre del av anhörigvården. Av naturliga skäl finns det inte någon officiell statistik över den totala omfattningen på anhörigvården, som annars är en viktig del av den totala kostnaden för sjukdom. Nordberg (Nordberg m fl 2005) undersökte i sin doktorsavhandling betydelsen och omfattningen av den informella vården för personer över 75 år i en kommun (Nordanstig). Antalet personer som fick informell vård – t ex av anhöriga – var betydligt större än antalet personer som fick formell vård, t ex hemtjänst. Tjugo procent av personerna över 75 år fick formell vård och 38 procent informell vård. Bland personer med demenssjukdomar var skillnaden mellan mängden formell och informell vård ännu större.

Kommunerna ansvarar framför allt för viss vård och omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning. De totala kostnaderna för kommunernas äldreomsorg och för funktionshindrade uppgick till 92 respektive 52 miljarder år 2008 (SKL 2010). Av detta är ca 24 miljarder redovisade som sjukvårdskostnader i hälsoräkenskaperna. Detta innebär att kommunerna finansierar drygt 8 procent av sjukvården. Då inkluderas hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel för äldre och personer med funktionsnedsättning i särskilt eller ordinärt boende samt skolhälsovård inom grund- och gymnasieskolan. Det uppstår dock ett gränsdragningsproblem eftersom många sjukdomar som drabbar äldre leder till ett större behov av omsorg som inte klassificeras som sjukvård. Det finns dessvärre ingen redovisning av den totala kostnaden som kan hänföras till sjukdom.

Man skulle kunna argumentera för att större delen av kostnaderna i s k särskilt boende (ett samlingsnamn på det som i dagligt tal kallas t ex servicehus, ålderdomshem eller långvård) troligen är kostnader till följd av sjukdom. De flesta som beviljas särskilt boende är svårt sjuka personer med mycket omfattande behov av personlig omvårdnad och medicinska insatser och två tredjedelar har allvarliga minnesproblem (Repalu 2004). Närmare 100 000 personer bor i särskilt boende (SKL 2009), men tendensen är att allt fler får hemsjukvård i ordinärt boende medan antalet personer med hemsjukvård i särskilt boende minskar. Trots detta beräknades drygt 60 procent (ca 56 miljarder) av kostnaderna för äldreomsorgen gå till vård och omsorg i särskilt boende år 2008 (SKL 2009).

Det är svårt att utifrån dessa uppgifter säga hur stor del av kommunernas äldreomsorgskostnader som uppstår till följd av sjukdom och vi har som ett alternativ i stället försökt estimerade de ökade omsorgskostnaderna till följd av sjukdom utifrån ett antal publicerade kostnadsberäkningar för ett mindre antal – men viktiga – sjukdomar: demens (Wimo m fl 2009), MS (Berg m fl 2006), osteoporos (Borgström m fl 2007), schizofreni (Helldin m fl 2009) samt stroke (Ghatnekar m fl 2004). Dessa kostnader uppgår till totalt

drygt 60 miljarder där demenssjukdomar som väntat står för den överlägset största kostnaden med 42 miljarder. Detta bör nog närmast betraktas som en undre gräns för kostnaden eftersom urvalet av sjukdomar är så litet.

Hushåll och företag står för ca 18 procent av kostnaderna för sjukvård, vilket inkluderar t ex patientavgifter, köp av medicinska produkter och apparater, hälso- och sjukvård finansierad av privata sjukvårdsförsäkringar samt företagshälsovård inom bolag.

Kostnader för produktionsbortfall på grund av sjukdom och dödsfall före 65 års ålder

Sjukförsäkringen kostar Försäkringskassan ca 90 miljarder (Försäkringskassan 2011) men detta är transfereringar och den verkliga kostnaden är som tidigare nämnts produktionsbortfallet. Det senaste året för vilket det finns statistik om kostnaderna för sjukvård är 2008; därför rapporteras detta år även för sjukfrånvaron.

Vi behöver veta det totala antalet dagar med sjukfrånvaro samt värdet per dag av den produktion som förloras. Ett dilemma är att sjukfrånvaro kan vara av tre olika typer:

- Sjuklönebaserad frånvaro (<14 dagar) som betalas av arbetsgivaren samt karensdagar
- Sjukpenning (eller rehabiliteringspenning) som betalas av Försäkringskassan
- Sjukersättning och aktivitetsersättning (tidigare ”förtidspension”) som betalas av Försäkringskassan.

Dessa rapporteras inte gemensamt utan uppgifter måste samlas in från olika håll om man vill ha en samlad bild av kostnaden av sjukfrånvaro.

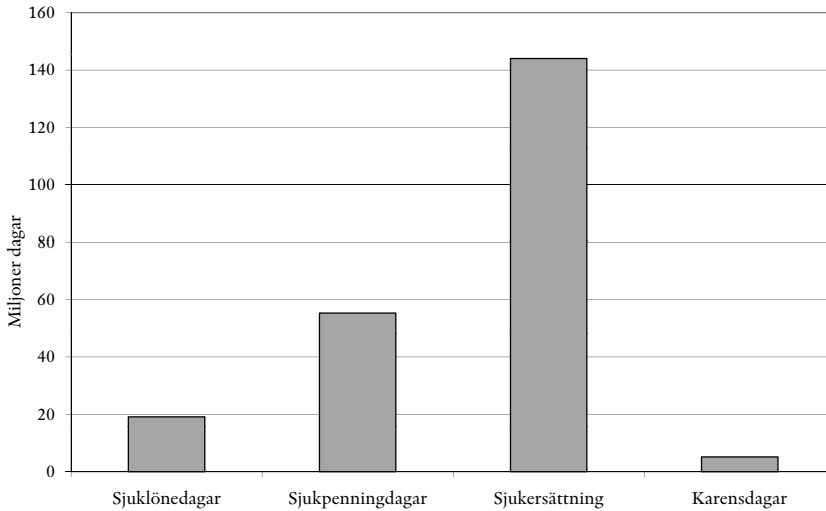
Sammanlagt år 2008 rörde det sig uppskattningsvis om 225 miljoner dagar (SCB 2011, Försäkringskassan 2011). Dessa fördelade sig enligt figur 1 där det är tydligt att sjukersättningen var den klart största posten och stod för 64 procent av de totala sjukfrånvarodagarna.

Värdet av den produktion som förloras antas, i enlighet med humankapitalmetoden (Weisbrod 1961), representeras av den genomsnittliga lönekostnaden per dag i alla sektorer. Denna var år 2008 1 773 kr (räknat på överenskommen arbetstid, inte faktiskt arbetad tid som ju inkluderar sjukfrånvaron) (SCB 2010). Den totala kostnaden för 225 miljoner förlorade dagar blir då lika med 396,5 miljarder.

Produktivitetsbortfall till följd av mortalitet före 65 års ålder har tagits från en studie från 2005 med antagandet att mortaliteten troligen inte förändrats på något avgörande sätt under de tre åren och uppgår till närmare 67 miljarder (Nordling 2008).

Total kostnad för sjukdom

Den totala kostnaden för sjukdom år 2008 kan därmed uppskattas till 823 miljarder vilket inkluderar:



Figur 1
Frånvaro från arbetet på grund av sjukdom efter ersättningsform år 2008. Miljoner dagar

Källa: Försäkringskassan (2011); SCB (2011).

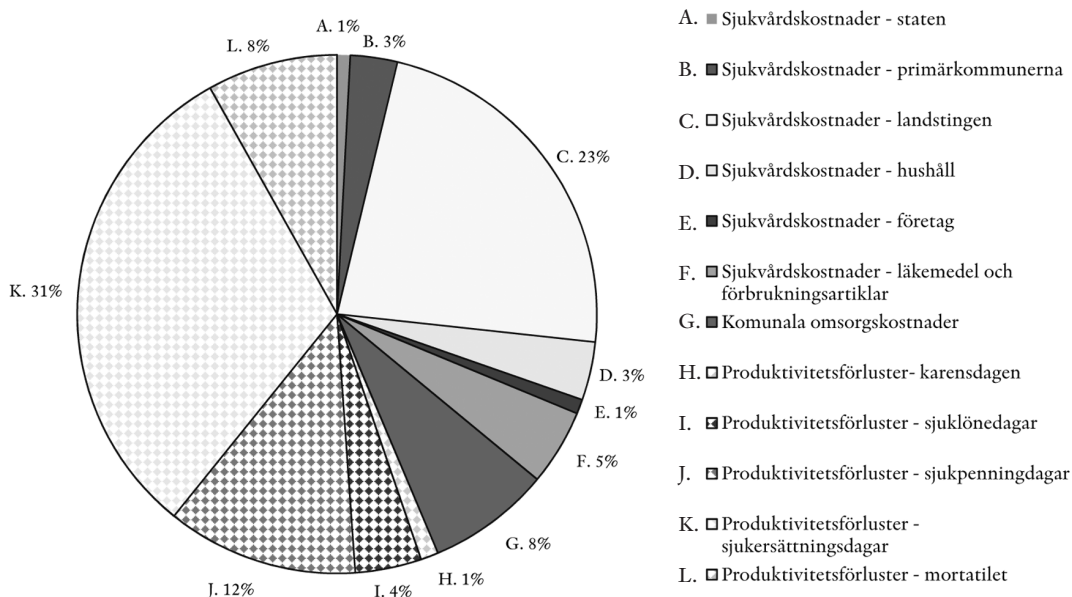
- Kostnader för sjukvård och läkemedel
- En skattning av kommunernas omsorgskostnader för ett mindre antal – men viktiga – sjukdomar:
 - Demens
 - MS
 - Osteoporos
 - Schizofreni
 - Stroke
- Produktivitetsbortfall till följd av sjukfrånvaro och mortalitet före 65 års ålder.

I figur 2 visas fördelningen av kostnaderna.

Summan 823 miljarder är så stor att den är något ogripbar och som jämförelse kan nämnas att de totala offentliga utgifterna i Sverige var ca 1 650 miljarder kr år 2009 (SCB 2010). BNP år 2008 var 3 157 miljarder kr och kostnaderna för sjukdom alltså ca en fjärdedel så stora.

2. Utveckling av kostnaderna över tid

Institutet för Hälsoekonomi i Lund (IHE) gjorde en grov uppskattning av de totala kostnaderna år 2005 (genom att skriva fram beräkningar från 1996) (Nordling 2008). Den totala summan var närmare 520 miljarder i den beräkningen men detta inkluderade inte de kommunala omsorgskostnaderna och inte heller kostnaderna för patienter och anhöriga. Därför är siffrorna inte jämförbara med de som presenteras här. Vi kan dock se att



Figur 2
 Fördelning av de totala kostnaderna för sjukdom (823 miljarder) på sektorer och kostnadslag år 2008

Källa: Egna beräkningar.

relationen mellan de olika kostnadsposter som går att jämföra inte förändrats så mycket. De indirekta kostnaderna förknippade med sjukfrånvaro var t ex ca 55 procent större än de direkta sjukvårdskostnaderna både 2005 och 2008.

Däremot kan vi konstatera att kostnaderna för produktivitetsförluster troligen har sjunkit kraftigt efter 2008 i och med att sjukfallen blir allt färre och kortare samt att fler ärenden med sjukersättning avslutas samtidigt som färre personer nybeviljas sjukersättning. Antalet dagar med sjukersättning eller sjukpenning har minskat med uppskattningsvis 22 procent mellan 2008 och hösten 2010 vilket skulle motsvara en minskad produktivitetsförlust på ca 78 miljarder (Försäkringskassan 2010). Emellertid har långt ifrån alla dessa personer gått tillbaks i arbete varför den minskade produktionsförlusten är mindre än 78 miljarder.

3. Slutsats kostnadskartläggning

Samhällets totala kostnader för ohälsa är alltså mycket omfattande. Cirka två tredjedelar av dessa kostnader faller utanför landstingen. I huvudsak rör det sig om kostnader för produktionsbortfall som drabbar individen, socialförsäkringssystemen, arbetsgivarna och i slutändan hela samhället. I box 1 beskrivs kort området ryggsmärta där kostnaderna för produktionsbortfall är omfattande.

Kronisk ryggsmärta

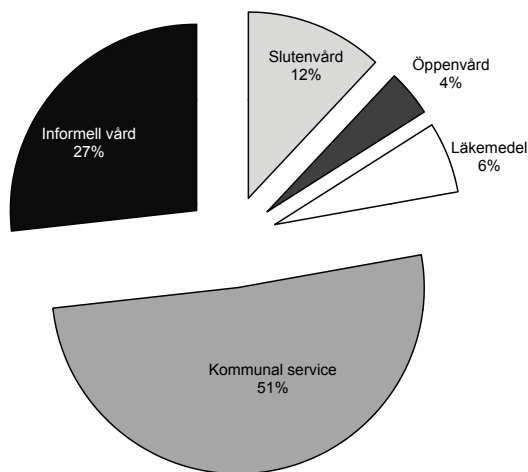
Kronisk ryggsmärta är det vanligaste förekommande kroniska besväret bland individer under 65 och mellan 15 och 30 procent av befolkningen i västvärlden är drabbade (Ekman 2005a). Sjukdomen orsakas bl a av försvagning eller utsträckning av ligament och överbelastning under arbete. I enklare fall kan ryggsmärta behandlas med läkemedel (anti-inflammatoriska läkemedel, värktabletter och muskelavslappande mediciner), sjukgymnastik samt lättare styrkeövningar. I svårare fall kan kirurgi vara ett alternativ. 6–10 procent av besvären är kroniska eller återkommande (Ekman 2005a). 2001 låg kronisk ryggsmärta bakom 11 procent av de totala kostnaderna för kortsiktiga sjukskrivningar samt 13 procent av kostnaderna för alla förtids-pensioneringar (Ekman 2005b). Den totala samhällskostnaden för ryggsmärtor uppgick 2002 till 18 miljarder kr men endast 15 procent utgjordes av direkta sjukvårdskostnader och kostnader för läkemedel (Ekman 2005b). Hela 85 procent av kostnaderna orsakades av minskad arbetsförmåga (Ekman 2005b).

De anhöriga till svårt sjuka personer drar ett tungt lass och deras insats leder förstås också till stora produktivetsförluster för samhället. Denna kostnad har kvantifierats bristfälligt både i tidigare publikationer och även i denna. En betydande kostnad för omsorg faller också på kommunerna och denna är inte heller tillfredställande sammanställd. Demenssjukdomar inklusive Alzheimers sjukdom är viktiga i det här sammanhanget och detta illustreras i Box 2.

Alzheimer

Alzheimers sjukdom är den vanligaste orsaken till demens och ligger bakom närmare hälften av alla svåra demenstillstånd. Varje år drabbas ungefär 10 000 nya personer och sammanlagt har 80 000 individer i Sverige Alzheimers (Socialstyrelsen 2007). Sjukdomen innebär stora kommunala kostnader till följd av dagsjukvård och särskilda boenden. En mycket stor börda faller också på anhöriga. Den genomsnittliga kostnaden per patient med Alzheimers sjukdom uppgår till drygt 170 000 kr inkluderat informell vård av anhöriga (Jönsson m fl 2006). Baserat på 80 000 patienter uppgår den totala kostnaden till 14 miljarder kr. Fördelningen på olika sektorer beskrivs i figur 3 där det framgår att den kommunala omsorgen utgör mer än 50 procent av kostnaderna.

Figur 3
Fördelning av kostnader vid Alzheimers sjukdom



Källa: Jönsson m fl (2006).

När en så stor andel av kostnaderna för ohälsa faller utanför landstingen leder det också till att en stor del av de eventuella vinster som minskad ohälsa kan ge tillfaller andra än landstingen. Detta innebär att ett landsting som prioriterar hälso- och sjukvårdsinsatser utifrån effekterna på den egna budgeten saknar incitament att erbjuda den samhällsekonomiskt optimala nivån av behandlingar. Annorlunda uttryckt kan fördelningen av kostnaderna för ohälsa på olika sektorer förklara hur stuprörstänkande uppstår inom hälso- och sjukvården.

4. Stuprörstänkande

Ett exempel från läkemedelsområdet kan vara illustrativt till hur stuprörstänkande uppstår.

1997 överförde staten kostnadsansvaret för förskrivningsläkemedel till landstingen men fram till 2002 fick landstingen ersättning av staten för de faktiska kostnaderna. År 2002 skärptes incitamenten och landstingen fick själva hantera överskott och underskott. Syftet med reformen var att ta bort läkemedlens status som fri nyttighet inom sjukvården och därmed skapa ett incitament för en mer rationell avvägning mellan kostnaderna för läkemedelsinterventioner och övriga hälso- och sjukvårdsinterventioner. Reformen var framgångsrik så till vida att den ledde till ett omfattande arbete för att öka kostnadskontrollen på läkemedel i landstingen. Under en lång rad av år har landstingen också gjort av med mindre än det statsbidrag de får för förskrivningsläkemedel inom förmånen.

En strategi som många landsting använt sig av är att decentralisera ansvaret för läkemedelskostnaderna vidare nedåt i den egna organisationen. I somliga landsting är det numera den förskrivande enheten som har att

hantera eventuella överskott/underskott inom ramen för en egen budget. En följd av denna decentralisering är att den förskrivande enheten fokuserar på att beakta effekten av läkemedelsanvändningen på den egna budgeten. Det som hamnar utanför den egna budgeten har man inga direkta incitament att ta hänsyn till. Ett av syftena med reformen, att skapa incitament för rationell avvägning mellan kostnader för läkemedelsinterventioner och andra sjukvårdsinterventioner, har därmed för vissa fall av läkemedelsinterventioner fallit bort.

Exemplet visar att det i fallet med läkemedelsanvändning har uppstått en motsättning mellan målet om kostnadskontroll och målet att uppnå incitament för en optimal användning av läkemedel. I detta fall har stuprörstänkande uppstått som en konsekvens av en stark fokusering på kostnadskontroll avseende en specifik budgetpost.

Stuprörstänkande i nationalekonomiska termer

Sjukvård är självklart inte i första hand en fråga om att kontrollera eller minska kostnader, utan om att producera hälsa. Det finns därtill en utbredd politisk enighet i Sverige om att tillgång till sjukvård ska fördelas efter behov och inte efter t ex betalningsförmåga. Sjukvård är dessutom något som kan orsaka stora kostnader för individen och behovet uppstår ofta oförberett. Sammantaget finns det alltså mycket goda politiska grunder till att sjukvården i Sverige till den absolut största delen finansieras solidariskt och genom en försäkringsliknande lösning med ett tak för individens ”självrisk” (högkostnadsskyddet). En konsekvens av detta är dock att det inte finns någon egentlig prismekanism i svensk sjukvård som kan leda till beslut som skapar en ekonomiskt effektiv allokering av resurser. Visserligen har köpsälj system införts men ersättningsystemen är i huvudsak administrativt fastställda. Endast i de fall då det sker upphandlingar kan man tala om priser som bestäms på en marknad. Det är dock fråga om en artificiell marknad då patienternas efterfrågan inte är med och påverkar prisbildningen.

Avsaknaden av en prismekanism är ett fundamentalt problem eftersom resurserna måste allokteras på något vis. Inom offentlig förvaltning behöver detta i teorin inte orsaka några problem om en rationell samhällsplanerare antas maximera den totala samhällsnyttan och allokerar resurserna på ett optimalt sätt. I praktiken är det mer problematiskt.

Det är i realiteten förstås inte möjligt att i toppen på organisationen ens samla all den information som finns tillgänglig i organisationen. Därmed kommer det alltid att saknas information för att fatta samhälleligt optimala beslut (Hayek 1945). Som ett konkret exempel i vården vore det inte praktiskt möjligt att centralt samla all information som utbyts i individuella möten mellan läkare och patienter. Som en följd av dessa problem decentraliseras beslutsfattandet inom organisationen och styrningen sker i stället utifrån mål och med hjälp av incitament (Anell 2010). Beslutet om vilket läkemedel som ska användas fattas t ex av läkaren och styrningen av denna användning sker bl a genom det incitament ett budgetansvar ger. Även

andra avtal med dem som arbetar i vården syftar till att styra resursanvändningen i vården.

En svårighet är i detta sammanhang problemet att formulera optimala kontrakt med vårdgivarna. Vårdpersonal som exempelvis läkare har ett kontrakt med sin arbetsgivare. Det är välkänt från ekonomisk teori att agenten och principalen inte alltid har samma målfunktion och det är ibland svårt att formulera optimala kontrakt. I fallet med läkarna finns det ytterligare komplikationer. Kontraktet kan vara direkt med finansören (dvs landstinget), eller nu för tiden ofta med en privat utförare som i sin tur kontrakterats av finansören för att producera vård men som samtidigt själv har ett vinstintresse. Detta är helt legitimt men kan fjärma läkarens beslutsfattande från vad som skulle vara samhällsekonomiskt optimalt. Det finns dessutom en ytterligare komplikation i att läkaren själv har en principal-/agentrelation med sin patient. Läkaren företräder då patienten, vilket är fullt rationellt eftersom patienten ofta befinner sig i en utsatt situation och med ett stort informationsunderläge. Men eftersom det inte finns någon väl fungerande prismekanism eller någonting annat som garanterar att vad som är optimalt för en enskild patient är optimalt också för hela samhället blir det mycket svårt att formulera kontrakt som skapar en balans mellan dessa åtaganden för läkaren.

Det finns alltså flera förhållanden som leder till avvikelser från idealet med den rationella samhällsplaneraren. Vi vill argumentera för att stuprörstänkande bäst kan förstås som en följd av positiva externaliteter på så sätt att stuprörstänkande är ett hinder för att genomföra interventioner som har en högre kostnad för landstingen än den faktiska samhällskostnaden för interventionen. Resultatet blir att för lite av en vara eller tjänst produceras/konsumeras.

Det kanske allra mest intressanta är att externaliteter, som vanligen uppstår till följd av höga transaktionskostnader eller dåligt definierade äganderätter här uppstår till följd av administrativa gränser och skilda finansieringssystem som tillkommit för att lösa problemet med resursallokering i avsaknaden av prismekanismer. Vi skulle vilja påstå att stuprörstänkande förtjänstfullt kan definieras som administrativt skapade externalitetsproblem.

Vad kan göras för att åtgärda externalitetsproblemet till följd av stuprörstänkande?

Decentraliserat beslutfattande är nödvändigt för att en komplex organisation som hälso- och sjukvården ska fungera. Att komma ifrån stuprörstänkande och medföljande externalitetsproblematik genom att centralisera allt beslutfattande skulle innebära minst sagt stora utmaningar med tanke på all den information som behöver centraliseras. Det kan därför vara intressant att titta på några av de metoder som finns för att korrigera externalitetsproblem på marknader och se om några av dessa metoder också är tillämpbara på decentraliserade offentliga förvaltningar.

En sådan metod är att införa s k pigousubventioner där subventionen likställer kostnaden för att producera varan med den samhällsekonomiska kostnaden. I fallet med hälso- och sjukvård skulle detta innebära att landstingen fick interventioner subventionerade av staten i en sådan utsträckning att landstingets kostnad motsvarade den samhällsekonomiska kostnaden. Vi har redan sett att den största delen (56 procent) av kostnaderna för sjukdom utgörs av produktionsförluster och således hamnar utanför hälso- och sjukvården trots att beslut inom sjukvården får konsekvenser för dessa kostnader. Utifrån antagandet att landstingen maximerar den hälsa de kan ge medborgarna utifrån sina budgetrestriktioner skulle detta innebära att landstingets produktion av hälsa närmade sig den samhällsekonomiskt optimala nivån givet budgetrestriktionen. I ett tidigare exempel visade vi att kostnaderna för Alzheimers sjukdom i huvudsak faller på kommunerna och anhöriga. Dessa beräkningar skulle kunna användas för att informera staten om den lämpliga storleken på sådana subventioner.

Redan i dag finns det statsbidrag som staten riktar mot landstingen som för tankarna till pigousubventioner. Exempelvis har regeringen infört den s k kö-miljarden som innebär att landsting som uppnår att 80 procent av patienterna får besök hos specialist inom 90 dagar och behandling inom planerad specialistvård inom samma tid får dela på 900 miljoner kr och de som uppnår samma mål till 90 procent får möjlighet att dela på ytterligare 100 miljoner kr. Kö-miljarden kan ha som effekt att landstingen internaliserar den positiva externalitet som kortare kötider innebär för sjukskrivningarnas längd. Det har dock riktats kritik från läkare mot att vårdgarantin snarast snedvrider incitamenten (Winblad och Andersson 2010) och vi påstår inte att kö-miljarden är en optimalt utformad pigousubvention eller ens att den utformades med avsikt att avhjälpa en externalitetsproblematik.

En annan lösning på externalitetsproblemet är att parterna, i detta fall framför allt landstingen, Försäkringskassan och kommunerna når förhandlingslösningar för att nå ett mer effektivt utfall. Enligt det s k Coase-teoremet kan en effektiv resursallokering uppnås om det är möjligt att handla med externaliteten och om transaktionskostnaderna är obefintliga oavsett hur externaliteterna i utgångsläget är fördelade. Dessa villkor är i realiteten ytterst sällan uppfyllda men det är intressant att notera hur lagstiftningen faktiskt möjliggjort förhandlingslösningar kring de finansiella externaliteter vi beskrivit tidigare i artikeln.

Till exempel kom år 2003 lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, FINSAM 2003:1210. Denna gör det möjligt för Försäkringskassan, kommunen, landstingen och Arbetsförmedlingen att samordna resurser i ett samordningsförbund. I en utvärdering av FINSAM har Statskontoret noterat att det är metodologiskt svårt att mäta de samhällsekonomiska effekterna samt att komma fram till hur kostnader och effekter av samordningsförbunden slår på olika budgetar.

5. Slutsatser och diskussion

Samhällskostnaderna för ohälsa är mycket omfattande och uppstår huvudsakligen till följd av produktionsbortfall när individen får nedsatt arbetsförmåga eller avlider i förtid (56 procent av totalkostnaden för ohälsa). Stora kostnader uppstår också i kommunsektorn (10 procent). I artikeln har några exempel getts på sjukdomsgrupper där kostnaderna för ohälsa är i storleksordningen >10 miljarder kr per år och där kostnaderna är snedfördelade så till vida att 75-85 procent av kostnaderna för ohälsa faller på sektorer utanför landstingen. Med hjälp av effektiva interventioner i form av t ex läkemedel eller kirurgi kan samhällskostnaderna utanför landstingsbudgeten minskas.

I artikeln har decentralisering av kostnadsansvar och beslutsfattande beskrivits som en i många fall nödvändig metod för att uppnå en effektiv offentlig förvaltning. I fallet med decentralisering av läkemedelskostnader har en ökad måluppfyllelse kunnat ses med avseende på kostnadskontroll. Samtidigt minskar decentralisering incitamenten att fatta beslut som är rationella för samhället som helhet. Det uppstår en kilt mellan den kostnad som beslutsfattaren möter och den verkliga samhällskostnaden, något som riskerar att leda till stuprörstänkande och att positiva externaliteter av beslut inte internaliseras.

En metod för att få beslutsfattare att internalisera positiva externaliteter utan att behöva frångå decentraliserat beslutsfattande är pigousubventioner. Den sk kö-miljarden har egenskaper som liknar en pigousubvention, men det är oklart i vilken utsträckning kö-miljarden är optimalt avvägd utifrån de positiva externa effekterna av att minska kötider. En annan lösning är förhandlingslösningar mellan olika budgetansvariga. Här kan emellertid transaktionskostnader och legala förhållanden utgöra hinder.

Med tanke på hur omfattande samhällskostnaderna för ohälsa är och storleken på externaliteterna inom vissa sjukdomsområden förefaller det angeläget att vidare studera problematiken kring stuprörstänkande inom hälso- och sjukvården. Avslutningsvis vill vi peka på några områden för ytterligare forskning:

Finns det ett samband mellan storleken på kilen mellan samhällskostnad och landstingskostnad för hälso- och sjukvårdsinterventioner och underfinansiering av interventioner?

Vilka incitament uppstår vid decentraliserade budgetar och decentraliserat beslutsfattande?

Vilka förutsättningar finns för förhandlingslösningar mellan förvaltningar vid positiva externaliteter?

Hur kan en optimal pigousubvention utformas för att styra offentliga förvaltningar? Vilket beslutsunderlag krävs?

- Anell, A (2010), "Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso och sjukvården", i Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Finansdepartementet, Stockholm.
- Berg, J, P Lindgren, S Fredrikson, och G Kobelt (2006), "Costs and Quality of Life of Multiple Sclerosis in Sweden", *European Journal of Health Economics*, vol 7, S75-S85.
- Borgström, F, S Patrik, S Oskar och B Jönsson (2007), "The Societal Burden of Osteoporosis in Sweden", *Bone*, vol 40, s 1602-1609.
- Ekman, M (2005a), "Burden of Illness of Chronic Low Back Pain in Sweden. A Cross-Sectional, Retrospective Study in Primary Care Setting", *SPINE*, vol 30, s 1777-1789.
- Ekman, M (2005b), "The Economic Cost of Low Back Pain in Sweden in 2001", *Acta Ottopaedica*, vol 76, s 275-284.
- Försäkringskassan (2010), "Ohälsotalet", Försäkringskassan, Stockholm.
- Försäkringskassan (2011), "Ohälsotalet per kommun", Försäkringskassan, Stockholm, www.forsakringskassan.se/omfk/statistik_och_analys/ohalsa/ohalsotalet.
- Ghatnekar, O, U Persson, E-L Glader och A Terént (2004), "Cost of Stroke in Sweden: An Incidence Estimate", *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol 20, s 375-380.
- Gothefors, L, K Strangert, J Taranger och B Trollfors (1992), "Allmän vaccination mot Haemophilus influenzae typ b – gemensamt beslut för hela landet behövs!", *Läkartidningen*, s 3268-3269.
- Hayek, F A (1945), "The Use of Knowledge in Society", *American Economic Review*, vol 35, s 519-530.
- Helldin, L, J Kane, F Hjärthag och T Norlander (2009), "The Importance of Cross-sectional Remission in Schizophrenia for Long-term Outcome: A Clinical Prospective Study", *Schizophrenia Research*, vol 115, s 67-73.
- Jönsson, L m fl (2006), "Determinants of Costs of Care for Patients with Alzheimer's Disease", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol 21, s 449-459.
- Nordberg, G, E von Strauss, I Kåreholt, L Johansson och A Wimo (2005), "The Amount of Informal and Formal Care among Non-demented and Demented Elderly Persons - results from a Swedish Population-based Study", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol 9, s 862-871.
- Nordling, S (2008), "Kostnader för all sjuklighet i Sverige", IHE Information, IHE Lund.
- Repalu, I (2004), "Äldreomsorg i förvandling", i *Dagens Nyheter*.
- SCB (2010), *Nationalräkenskaperna*, Statistiska centralbyrån, Stockholm.
- SCB (2011), *Arbetskraftsundersökningarna (AKU)*, Statistiska centralbyrån, Stockholm.
- SKL (2009), "Aktuellt på äldreområdet 2009", Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.
- SKL (2010), *SKL Fakta*, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.
- Smittskyddsinstitutet (2011), "Sjukdomsinformation om invasiv Haemophilus influenzae-infektion", Smittskyddsinstitutet, Stockholm.
- Socialstyrelsen (2007), "Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige", Socialstyrelsen, Stockholm.
- Trollfors, B (1994), "Cost-benefit Analysis of General Vaccination against Haemophilus Influenzae Type B in Sweden", *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, vol 26, s 611-614.
- Weisbrod, B (1961), *Economics of Public Health: Measuring the Impact of Diseases*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia PA.
- Wimo, A, L Johansson, och L Jönsson (2009), "Prevalensstudie av samhällskostnader för demenssjukdomar 2000-2005. Fler dementa – men något minskad kostnad per person", *Läkartidningen*, nr 18, s 1277-1282.
- Winblad, U och C Andersson (2010), "Kåren och köerna. En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård", i Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Finansdepartementet, Stockholm.