

BL VÄLFÄRDSANALYS, RAPPORT 2012:1

Hälsa och ekonomisk tillväxt – en introduktion

Bernt Lundgren¹

¹ Bernt Lundgren, BL Valfärdsanalys, www.valfardsanalys.se, bernt.lundgren@valfardsanalys.se

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	4
SUMMARY.....	5
HÄLSA OCH EKONOMISK TILLVÄXT - EN INTRODUKTION.....	6
<i>Inledning</i>	6
<i>Sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt i en EU-rapport från 2005</i>	7
<i>Ekonomiska effekter av socioekonomisk ojämlikhet i hälsa inom EU</i>	15
<i>Hälsans betydelse som "konsumtionsvara" i en WHO-rapport</i>	17
<i>Syntes - en god hälsa har ekonomisk betydelse för individen och samhället</i>	20
REFERENSER	21

Sammanfattning

I uppsatsen framhålls att människors hälsa är viktig både som mål och som medel för individer och samhälle. Hälsa som medel för individ och samhälle redovisas tillsammans med underlag från en EU-rapport publicerad år 2005. I en enkel modell för hälsa och ekonomisk tillväxt sätts människors hälsa in i sitt sammanhang av bestämningsfaktorer för hälsa och belyses hälsans påverkan på ekonomisk tillväxt. EU-rapporten finner belägg för att en god hälsa påverkar företagens produktion genom att människor får ökat arbetskraftsdeltagande, högre produktivitet i arbetet, fler produktiva år och troligen även bättre inlärningsförmåga och fler utbildningsår. Effekterna av god hälsa bekräftas även i en del empiriska makroekonomiska studier, men resultaten är inte entydiga.

Hälsa som både medel och mål berörs i en annan EU-rapport från 2007 om de ekonomiska effekterna av socioekonomisk ojämlikhet i hälsa. Viktiga resultat i den rapporten lyfts fram, bland annat vikten av att minska de stora sociala skillnaderna i hälsa inom EU-länderna. På så sätt kan man både förbättra hälsan och livskvaliteten för många människor och samtidigt få väsentliga ökningar i ländernas BNP. Hälsa som mål exemplifieras även genom en WHO-rapport och en studie i denna som visar en monetär beräkning av hälsa som mål. Denna studie som omfattar många europeiska länder visar bland annat att det årliga värdet av ökad medellivslängd i Sverige under perioden 1970–2003 var 29 procent av BNP per capita.

Introduktionen avslutas med en syntes av hälsans ekonomiska betydelse för individer och samhälle. Hälsa som mål (konsumtionsvara) skapar efterfrågan på hälsorelaterade varor och tjänster samt efterfrågan på hälsostödjande infrastrukturer och miljöer. Hälsa som medel (kapitalvara) leder till ökad produktion och ekonomisk tillväxt. Hälsa som mål och medel kan också mötas med politiska initiativ som stödjer en positiv utveckling.

Summary

The paper emphasizes that people's health is important as both ends and means for the individual and the society. Health as means for the individual and the society is presented together with a 2005 EU report. Using a simple model, people's health is put into its context of determinants of health, and it is shown how health can affect economic growth. The EU report finds evidence for the view that good health affects corporate production through increased participation rates, higher productivity at work, more productive years, and probably also better learning skills and more schooling. Empirical macroeconomic studies have in some cases been able to confirm these positive growth effects of good health, but the evidence is not conclusive.

Health as both ends and means is touched on in a 2007 EU report dealing with the economic impact of socioeconomic inequalities in health. Important findings of that report are highlighted: among other things, the importance of reducing the huge social disparities in health within the EU countries. In that way, one can both improve health and the quality of life for many people, and bring about substantial increases in countries' GDPs. As another instance of health as an end, a WHO report, and a study being part of that report, are discussed. The study contains a monetary calculation of health as an end and encompasses many European countries. Among other things, the study shows that the annual monetary value of increased life expectancy in Sweden during the period 1970–2003 amounted to 29% of GDP per capita.

A synthesis of the economic importance of good health for individuals and the society closes the introductory paper. Health as an end (consumption good) causes a demand for health-related goods and services, and a demand for infrastructures and environments supporting good health. Health as a means (capital good) results in increased corporate production and economic growth. Health as ends and means can also be addressed with political initiatives that support a positive development.

Hälsa och ekonomisk tillväxt - en introduktion

Bernt Lundgren

Inledning

Målet för den svenska folkhälsopolitiken är ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. (Regeringens proposition 2002/03:35; Regeringens proposition 2007/08:110). Innebörden av målet är att människors hälsa ska förbättras och hälsoskillnaderna minska genom insatser som riktas mot hälsans bestämningsfaktorer, såväl samhällsstrukturrella förhållanden som människors livsvillkor och levnadsvanor. Genom att dessa bestämningsfaktorer förekommer inom ett stort antal samhällssektorer finns möjligheter för många aktörer att medverka i folkhälsoarbetet. Arbetet för en förbättrad hälsa är på så sätt i verklig mening ett sektorsövergripande arbete.

Om folkhälsopolitiken får avsedda effekter kan en förbättrad folkhälsa i sin tur påverka både enskilda människors och samhällets utveckling i positiv riktning. Denna möjlighet, med särskild betoning på god hälsa och ekonomisk tillväxt, har uppmärksammats av Statens folkhälsoinstitut i två rapporter: Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling (Malmberg, Andersson, Johansson, & Hermansson, 2007) och Hälsa och ekonomisk tillväxt: kunskapsöversikt över sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt samt synpunkter på hälsa i ett regionalt utvecklingsperspektiv (Hermansson & Lundgren, 2008). Den förra rapporten omfattar tre svenska studier som alla pekar på ett positivt samband mellan hälsa och ekonomisk utveckling. Den senare rapporten är en fördjupad kunskapsöversikt och tar bland annat upp frågor om vad ekonomisk tillväxt är, hur hälsa kan påverka tillväxten enligt teoretiska modeller och vilka empiriska studier som finns att tillgå. Enligt rapporten visar internationella studier att många av sambanden mellan hälsa och ekonomisk tillväxt bekräftas både när det gäller studier av utvecklingsländer med låga BNP-nivåer och västvärldens höginkomstländer.

I denna introduktion om hälsa och ekonomisk tillväxt, som delvis bygger på de två ovan nämnda rapporterna från Statens folkhälsoinstitut och studier i dessa, framhålls att människors hälsa är viktig som både mål och medel för individerna och samhället. Som mål innebär en förbättrad hälsa en direkt vinst i form av ett ökat välbefinnande och som medel ger ökad hälsa dels tillgång till mera ”frisk” tid som kan användas till arbete eller andra aktiviteter, dels ökad kvalitet och produktivitet i de aktiviteter som genomförs.

Redovisningen startar med en presentation av hälsa som medel samt en enkel modell för hälsa och ekonomisk tillväxt. Som underlag används en EU-rapport från 2005, Suhrcke, McKee, Sauto Arce, Tsolova och Mortensen (2005), som visar hälsans bidrag till ekonomisk utveckling i utvecklade ekonomier och särskilt EU. Därefter belyses hälsa som både medel och mål via en annan EU-rapport från 2007, Mackenbach, Meerding och Kunst (2007), som

behandlar de ekonomiska effekterna av socioekonomisk ojämlikhet i hälsa, och viktiga resultat från den rapporten lyfts fram. Hälsa som mål exemplifieras även genom en studie i en WHO-rapport, Suhrcke, Sauto Arce, McKee och Rocco (2008), som visar en ekonomisk beräkning av hälsa som värde för individen. Introduktionen avslutas med en syntes beträffande hälsans ekonomiska betydelse för individer och samhälle.

Som framgår används två EU-rapporter och en WHO-rapport som underlag för framställningen. Skälet till detta är att dessa rapporter utöver att de har en god vetenskaplig kvalitet och är väl strukturerade och lättlästa, även är politiskt relevanta genom att rapporterna har anknytning till EU respektive WHO. De vetenskapliga arbeten som framställningen stödjer sig på har huvudsakligen hämtats från dessa tre rapporter och utgör därför inte någon komplett litteraturöversikt.

Sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt i en EU-rapport från 2005

År 2001 redovisade Världshälsoorganisationen (WHO) en rapport från The Commission on Macroeconomics and Health som visade att förbättringar i hälsa är en viktig strategi för att öka den ekonomiska tillväxten och minska fattigdomen i låg- och medelinkomstländer. Denna rapport, Commission on Macroeconomics and Health (2001), följdes år 2005 av en översikt om evidens beträffande hälsans effekter på ekonomin i höginkomstländer, särskilt i EU. Rapporten, The contribution of health to the economy in the European Union (Suhrcke et al., 2005), framhåller att det finns starka ekonomiska skäl till att investera i hälsa om Europas globala konkurrensförmåga ska kunna upprätthållas.

EU-rapporten ställer en viktig fråga i centrum: vilken relevans har resultaten från forskningen om sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt för EU-ländernas politik? Frågan är berättigad eftersom många studier som refereras i EU-rapporten hämtar sitt empiriska underlag från låginkomstländer i Afrika, Latinamerika och Asien. Man redovisar två viktiga skillnader mellan låginkomstländer och de flesta EU-länder respektive andra höginkomstländer:

Sjukdomsördan är annorlunda i låginkomstländer, där den i huvudsak består av smittsamma infektionssjukdomar, dödlighet i barnsäng, barnadödlighet och sjukdom som följd av undernäring. I höginkomstländer är det främst de icke smittsamma sjukdomarna som dominerar; hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, skador och psykisk ohälsa. Denna sjukdomsörda har en annan karaktär och lyfter även fram andra problem.

Produktionstekniken i höginkomstländerna har vissa särdrag, där tyngre arbete inom jordbruk och råvaruproduktion är mindre viktigt för ekonomin. Tekniken har gjort att kroppsarbete har blivit en väsentligt mindre betydelsefull insatsfaktor i ekonomin än i utvecklingsekonomier. Detta gör också att hälsan kommer att påverka arbetsmarknaden och dess effektivitet på olika sätt.

Teoretiska utgångspunkter

En teoretisk utgångspunkt för EU-rapporten är idén att humankapitalet är en viktig drivkraft för ekonomiska utfall både på individ- och samhällsnivå. Rapporten hänvisar till den makroekonomiska neoklassiska teorin², där den ekonomiska tillväxten beror på kapitalstocken (byggnader, maskiner etc.) samt arbetskraftens storlek och produktivitet. Enligt denna teori beror förändringar i produktiviteten på de teknologiska framstegen. Inom den så kallade endogena tillväxtteorin³ har försök gjorts att förklara vad som driver fram produktiviteten och förändringarna i teknologin. Teorin har särskilt fokuserat på investeringar i humankapital, främst i form av högre utbildad arbetskraft.

I rapporten hänvisar man även till ekonomen Gary Beckers teorier som förklarar att individer kan tänkas investera i utbildning för att höja framtida inkomster (Becker, 1964). Becker har också lyft fram hälsa som en del av humankapitalet, vilket Beckers elev Michael Grossman senare förfinade. Michael Grossman utvecklade 1972 en modell som fokuserar på individens efterfrågan på hälsa (Grossman, 1972). Grossman skiljer mellan hälsa som något människor kan konsumera, och som ett kapital de investerar i. Som en "konsumtionsvara" är hälsa direkt nyttig eftersom människor uppskattar att må bra, och hälsa är därmed ett mål i sig. Som en "kapitalvara" är hälsa ett medel för att få mera "frisk" tid som kan användas till arbete eller andra typer av aktiviteter. Hälsa är därför inte enbart något som efterfrågas utan också något som människor producerar, både som mål och medel.

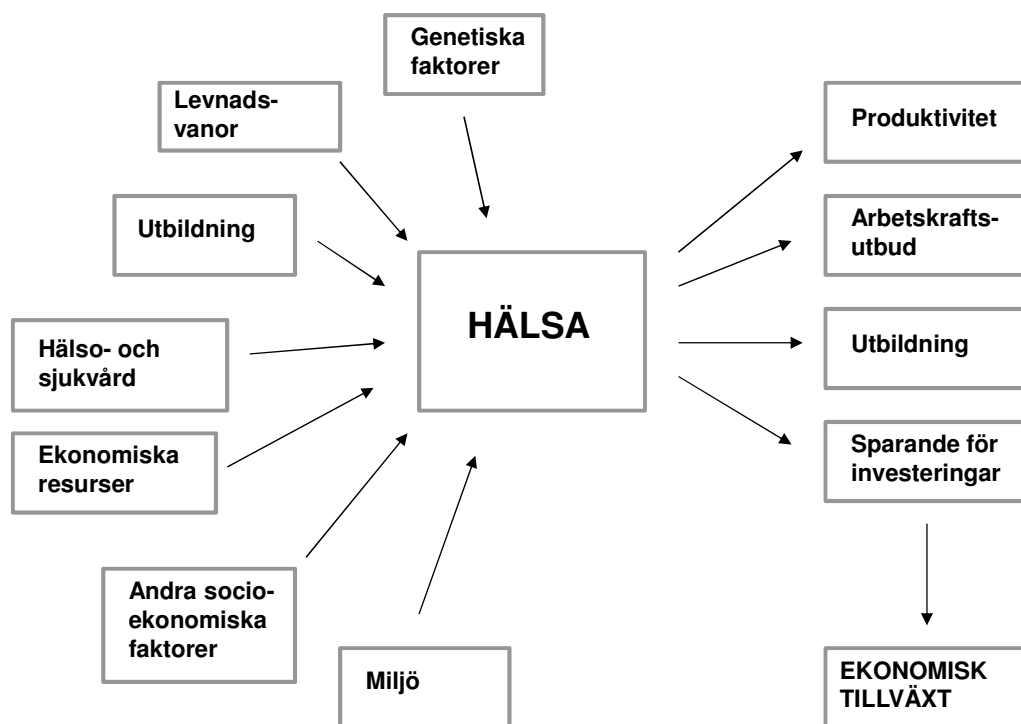
EU-rapporten utgår vidare från ett synsätt på kanaler för hälsans påverkan på ekonomin som har hämtats från Bloom, Canning och Sevilla (2001).⁴ Enligt den modell som presenteras i rapporten och som återges i figur 1 nedan kan hälsan påverka den ekonomiska utvecklingen i höginkomstländer via främst fyra kanaler: högre produktivitet, ökat arbetsutbud, förbättrade kunskaper som ett resultat av högre utbildning och arbetsträning, samt ett ökat sparande som kan användas för investeringar i både fysiskt och intellektuellt kapital. Författarna påpekar att en viktig gemensam nämnare för dessa kanaler är att hälsa kan ses som en väsentlig del av humankapitalet. Modellen visar därutöver hur människors hälsa i sin tur kan påverkas av genetiska faktorer, levnadsvanor, utbildning, hälso- och sjukvård, ekonomiska resurser, andra socioekonomiska faktorer och miljön.

Författarna av EU-rapporten framhåller att det inte är så enkelt att bestämma i vilken utsträckning dessa mekanismer existerar i praktiken och hur viktiga de är. Skälet för detta är att dataunderlag, hälsomått och ekonomiska mått varierar i olika undersökningar. För de resultat de redovisar använder de statistiska metoder som uppväger nämnda problem. De koncentrerar sig särskilt på frågorna om produktivitet och arbetsutbud där evidensen är god men tar även upp de två andra mekanismerna.

² Makroekonomin handlar om samhällsekonomin sedd i ett helhetsperspektiv. Studiet av makroekonomin behandlar fyra marknader; varu-, arbets-, finans- och valutamarknaderna. Den makroekonomiska politikens huvudområden gäller allokeringspolitik, fördelningspolitik, stabiliseringspolitik och tillväxtpolitik. Se Fregert och Jonung (2003), s. 21 och 25.

³ Se Fregert och Jonung (2003), s. 145–149.

⁴ Se även Bloom och Canning (2000).



Källa: Suhrcke et al. (2005). Översättning och viss bearbetning av författaren.

Figur 1: Faktorer som kan påverka människors hälsa samt tänkbara kanaler från hälsa till ekonomisk tillväxt

Samhällskostnader för sjukdom

Det finns ett stort antal studier om samhällskostnader för sjukdom (cost-of-illness-studier, COI) med inriktning på höginkomstländer, främst USA men även Europa. Dessa studier skattar storleken på de resurser i monetära termer som används för att behandla sjukdom liksom storleken på de negativa konsekvenserna i termer av minskad produktion och produktivitet av att människor är sjuka. Sådana studier är enligt EU-rapporten ett viktigt första steg i arbetet med att visa storleken på samhällsekonomiska effekter av sjukdomsördan. Samtidigt framhålls att dessa studier inte kan visa riktningen på sambandet mellan hälsa och ekonomiska utfall och det begränsar värdet av studierna.

I rapporten redovisas studier av kostnader för hjärt-kärlsjukdom och psykisk ohälsa samt fyra riskfaktorer för ohälsa som är särskild relevanta för Europa, nämligen diabetes, fetma, rökning och alkoholkonsumtion. Här ska några av dessa exempel nämnas. Hjärt-kärlsjukdom är den sjukdom som är mest kostsam. En studie av Liu, Maniadakis, Gray & Rayner (2002) visar till exempel att kostnaden i Storbritannien år 1999 var 11 procent av hälso- och sjukvårdens utgifter och 1 procent av BNP. På motsvarande sätt beräknades att kostnaderna i EU-25 för sjukdom orsakad av tobaksbruk var mellan 1,04 och 1,39 procent av EU-25:s BNP år 2000 (Suhrcke et al., 2005).

Effekter av hälsa på individ- och hushållsnivån

EU-rapporten lyfter fram hur hälsoeffekterna skiljer sig åt på individ- och hushållsnivå respektive på makronivå. För individ- och hushållsnivån finns enligt rapporten omfattande evidens i utvecklade länder för att hälsa i arbetslivet har stora ekonomiska effekter. Hälsa

påverkar löner, inkomster, mängden arbetade timmar, arbetskraftsdeltagandet, beslut om förtidspensionering och utbudet av arbetskraft för dem som vårdar sjuka hushållsmedlemmar. I rapporten granskas även de jämförelsevis få studierna av hälsans effekt på utbildning och sparande i utvecklade länder.⁵

Hälsa och arbetsliv

I rapporten framhålls att det intuitivt är uppenbart att individens hälsostatus påverkar dennes beslut att delta i arbetskraften och omfattningen av arbetad tid. Vidare menar författarna att man kan förvänta sig att kvaliteten på arbetsutbudet, eller produktiviteten, påverkas av individens hälsostatus. Beträffande produktiviteten upplyser författarna om att en individs arbetsproduktivitet i allmänhet approximeras med individens lönenivå. Skälet till detta är att lönenivån motsvarar den marginella produktiviteten under antagande om perfekt marknadskonkurrens. I rapporten gör författarna en åtskillnad mellan studier som beskriver hälsoeffekter på lönenivåer och inkomster å ena sidan och studier som undersöker hälsoeffekter på arbetsutbudet å andra sidan, men påpekar samtidigt att denna distinktion är något artificiell eftersom människors inkomster beror av deras arbetsutbud. Få empiriska studier separerar uttryckligen hälsans rena produktivitetseffekt från dess arbetsutbudseffekt.

Att det föreligger ett samband mellan hälsa och inkomst är väl dokumenterat. Sambandet är mycket tydligt och brukar när det gäller sambandets riktning från inkomst till hälsa benämnas den sociala hälsogradienten för att betona att hälsan förbättras gradvis med stigande inkomst, och detta över hela inkomstfördelningen. EU-rapporten visar att sambandet även är ett orsakssamband från hälsa till inkomst. Orsaksriktningarnas relativa storlekar och deras bakomliggande förklaringar har debatterats flitigt, ofta mellan olika vetenskapliga discipliner (Smith, 1999). Ekonomer har ofta uppmärksammat hälsans inverkan på människors inkomster, medan företrädare för medicinsk vetenskap i regel har betonat den omvända orsaksriktningen. Det viktiga i det här sammanhanget är emellertid inte vilken orsaksriktning som är den mest betydelsefulla utan själva insikten som sådan om att sambandet mellan hälsa och inkomst är dubbelriktat.⁶ Enligt Suhrcke et al. (2005) kan frågan om vilken riktning som är mest betydelsefull vara omöjlig att besvara och är hursomhelst onödig att ställa: det räcker att visa att det *också* finns en väg som leder från hälsan till ekonomin (s. 15–16). Författarna framhåller att detta ömsesidigt förstärkande förhållande mellan hälsa och ekonomi innebär att det ger en högre avkastning att investera en given summa pengar i bägge sektorerna än att investera samma summa i bara den ena eller den andra av dem.

Att sambandet mellan hälsa och inkomst är dubbelriktat gör det mer komplicerat att undersöka empiriskt vilken effekt god hälsa har på inkomst. Det räcker inte med att bara påvisa existensen av ett samband, utan det måste fastställas att det faktiskt föreligger ett *orsakssamband* från hälsa till inkomst. Olika statistiska metoder och tekniker har tillämpats för att komma åt detta problem. Riphahn (1998) använder sig exempelvis av plötsliga, kraftiga hälsoförsämringar – hälsochocker – som ett sätt att fånga hälsoförsämringar som inte

⁵ I en uppdaterad litteraturgenomgång bekräftar McKee och Suhrcke (2010) EU-rapportens slutsatser om hälsans effekter på individ- och hushållsnivån.

⁶ För mer om hälsogradienten och dess orsaker, se Smith (1999), Deaton (2002) och Marmot (2002). Där framgår bland annat att inkomstens betydelse för hälsan inte enbart handlar om att inkomst i sig påverkar hälsan positivt, utan om att inkomst samvarierar med andra faktorer som också är gynnsamma för hälsan, t.ex. utbildningsnivå. Michael Marmot har särskilt fört fram inkomst som mått på social position i samhället och visat att en individs plats i den sociala hierarkin har stor inverkan på hennes hälsa (Marmot, 2002, 2006). På befolkningsnivå finns det ett negativt samband mellan inkomstjämlighet och hälsa: i länder eller regioner där invånarnas inkomster är mer jämnt fördelade tenderar befolkningen att ha bättre genomsnittlig hälsa. Wagstaff och van Doorslaer (2000) har granskat den litteratur som utforskar detta samband. De drar slutsatsen att den troligaste förklaringen till sambandet är det avtagande samband som finns mellan inkomst och hälsa på individnivå. Hälsogradienten kännetecknas nämligen av att varje ytterligare krona förbättrar en individs hälsa allt mindre ju högre hans eller hennes inkomst är. Se även Lundgren (2003).

orsakats av individens arbetsmarknadssituation. Rent generellt underlättar det betydligt om man har tillgång till så kallad paneldata, dvs. om man har observerat samma individer vid upprepade tillfällen, helst över en längre tid.

Empiriska studier bör även ta hänsyn till möjligheten att sambandet mellan hälsa och inkomst kan vara "falskt" i den meningen att det orsakas av en tredje faktor som påverkar både hälsa och inkomst positivt och därigenom ger sken av ett direkt samband mellan hälsa och inkomst utan att det i själva verket finns något. En sådan faktor är utbildningsnivå, som utövar en positiv effekt på såväl hälsa som inkomst. Enligt Deaton (2002) är det omtvistat om inkomst gynnar hälsan utöver effekten av utbildning. Mackenbach et al. (2007, s. 78) anger dock att sambandet mellan inkomst och hälsa ofta har befunnits vara oberoende och inte kan förklaras genom att kontrollera för utbildningsnivå.

Hälsa och löner/inkomster

Ett stort antal studier visar att dålig hälsa påverkar människors löner och inkomster negativt. Storleken på effekterna varierar i olika studier på grund av olika forskningsmetoder och hälsomått, bland de senare till exempel självskattad hälsa, diagnosticerad sjukdom och långtidssjukskrivning. Medan många studier har belyst det nämnda sambandet inom höginkomstländer är studier som avser europeiska länder relativt få. Här redovisas några studier som har presenterats under 2000-talet.

En studie av Andrén och Palmer (2001), som specificerar årsinkomst och timlön, visar med data från det svenska socialförsäkringsregistret för åren 1983–91 att personer i yrkesverksam ålder som efter långtidssjukskrivning i fem år har blivit friska och återigen arbetar har lägre inkomster under kommande yrkesaktiva år. En studie av Hansen (2000) med data från Sverige om kvinnors och mäns löner visar att lönerna för kvinnor minskar när de är frånvarande från arbetet genom egen sjukdom men inte på motsvarande sätt när de är hemma och vårdar ett sjukt barn. Att vara hemma med ett sjukt barn uppfattas enligt författarna som mer "legitimt" än att vara sjuk själv. För män finns i denna studie inga effekter på egen inkomst av frånvaro från arbetet på grund av egen sjukdom.

Gambin (2004) använder data från en brittisk hushållsundersökning för åren 1991–2001 och undersöker inverkan av hälsa på löner för kvinnor och män som yrkesarbetar. Hon finner att kvinnors självskattade hälsa påverkar deras löner mer än vad mäns självskattade hälsa gör. Mycket bra hälsa hos män jämfört med mindre bra hälsa ökar mäns timlön i genomsnitt med 1,027 brittiska pund medan motsvarande för kvinnor är 1,040. Utfallet är alltså större för kvinnor än för män och relativt sett ändå större än själva siffrorna om det beaktas att kvinnors genomsnittliga löner är lägre än mäns.

Ett antal studier använder fysiska proxymått (surrogatmått för hälsa) som längd och vikt (BMI – "body mass index"). Det finns stora skillnader i tolkningen av sambandet mellan dessa variabler och löner/inkomster för individer. Sambandet är direkt kopplat till hälsa för låginkomstländer, där undernäring spelar stor roll för arbetskapaciteten. Däremot spelar andra faktorer in i höginkomstländer; kroppslängd visar sig till exempel ha en positiv inverkan på löner vid anställning medan högt BMI har en negativ inverkan, en effekt som dessutom är starkare för kvinnor än för män. Sociala värderingar spelar roll vid lönesättning, och det är värt att påpeka att värderingar av till exempel kropps-konstitution i sin tur är kopplade till föreställningar om hälsa. Dessa föreställningar varierar liksom kroppsidealerna över tid och det finns skäl att ta hänsyn till hur den typen av socialt och kulturellt konstruerade hälsovariabler uppstått för att förstå vilken betydelse de faktiska måtten kan ha.

Studier som stödjer tesen om ett positivt samband mellan längd och lön är till exempel Heineks (2004) studie av tyska paneldata för perioden 1991–2002 som visar ökande inkomster med 1,0–1,3 procent för män för varje ökad centimeters längd. För kvinnor fanns inte någon motsvarande effekt. I två andra studier av Judge och Cable (2004; 2003) med data från USA respektive Storbritannien visas att varje tum som längden ökar resulterar i en årlig inkomstökning med 789 dollar efter kontroll av kön, ålder och vikt. Författarna kompletterar denna analys med en övergripande analys av litteratur inom ämnesområdet och får fram att längd påverkar såväl självförtroende som ledarförmåga och prestationsförmåga. Det är alltså inte enbart större produktivitet som mäts via anknytningen mellan längd och bättre arbetsmarknadsutfall.

Hälsa och arbetskraftsutbud

Ett stort antal studier, huvudsakligen från USA men under senare tid också från Europa, visar att en god hälsa ökar sannolikheten för individer att delta i arbetskraften med följd att arbetsutbudet ökar. Flera studier visar också att det finns ett klart samband mellan ohälsa och människors planer på att pensionera sig i förtid, men detta påverkas även mycket av de institutionella förutsättningarna, dvs. utformningen av pensionsförsäkringar och pensionsregler. Arbetskraftsdeltagandet påverkas inte bara av enskilda människors hälsa utan även av hälsan hos de övriga i hushållet. Om exempelvis barnen blir sjuka måste föräldrarna anpassa sitt beteende på arbetsmarknaden till detta.

Här redovisas några europeiska studier om arbetskraftsdeltagande. Gannon och Nolan (2003) visar med enkätdata från Irland år 2000 att kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar som allvarligt hindra dagliga aktiviteter påverkar människors arbetsförmåga på ett påtagligt sätt. Män med dessa besvär hade 61 procent lägre sannolikhet och kvinnor 52 procent lägre sannolikhet att arbeta jämfört med män och kvinnor utan dessa besvär. Pagán och Marchante (2004) visar med data 1995–2000 om självskattad hälsa hos spanska män med funktionsnedsättning att män med en omfattande funktionsnedsättning har arbete i väsentligt lägre utsträckning än män som inte har en omfattande funktionsnedsättning.

En svensk undersökning av Lindholm, Burström och Diderichsen (2001) visar på motsvarande sätt, med data från Undersökningen av levnadsförhållanden (ULF) under perioderna 1979–90 och 1986–97, att sannolikheten för ekonomisk inaktivitet, arbetslöshet och långtidsarbetslöshet är väsentligt högre för dem som har en begränsande långvarig sjukdom.

En forskare, Riphahn (1998), har lyft fram effekter av en plötslig hälsoförsämring, en hälsochock, och argumenterar för att en hälsorelaterad arbetsförsämring kan ha effekter under lång tid. Hennes analyser avser människor i åldern 40–59 år och baseras på data från en tysk enkät för perioden 1984–94. Hon finner, med en definition av en hälsochock som en nedgång med minst fem punkter ifråga om tillfredsställelse med hälsan inom ett år (baserad på en skala från 0–10), att 13 procent av dem så råkade ut för en hälsochock inte längre var heltidsanställda under året därpå, jämfört med drygt 5 procent i urvalet som helhet. Hon finner vidare att sannolikheten att personer som upplever en hälsochock blir deltidssysselsatta ökar med omkring 60 procent och att sannolikheten att personerna helt ska lämna arbetskraften ökar med mer än 200 procent. En hälsochock visar sig vara den viktigaste determinanten för att helt lämna arbetskraften. Hon avslutar med att detta resultat visar vilka politiska

möjligheter det finns att behålla äldre arbetskraft i arbete, till exempel genom att satsa mer på rehabilitering.

Hälsa och utbildning

Teorier om humankapital (Schultz, 1961; Mushkin, 1962; Becker, 1964) betonar att personer med längre utbildning är mer produktiva än andra och därmed också kan ha högre inkomster. En god hälsa och bra kognitiva funktioner under barndomen ger bättre förutsättningar för kunskapsinhämtning och en hög produktivitet i framtiden. Bättre hälsa ökar också livslängden, och förväntningar om ett längre liv ger människor starkare motiv att investera i utbildning för att förbättra sina framtida inkomster.

Det finns en omfattande litteratur och stark evidens för ett positivt samband mellan vuxna människors hälsa och utbildning (Freedman & Martin, 1999). Så fann till exempel Case, Fertig och Paxson (2004) med drygt 40-åriga longitudinella data från Storbritannien att barn med dålig hälsa har lägre utbildningsnivå. Särskilt psykiska och emotionella villkor under barndomen är starkt relaterade till nivån på erhållen utbildning.

Relationen mellan barns hälsa och kognitiv utveckling har även undersökts i en mångfald studier i USA. Edwards och Grossman (1980) fann i en studie med data för barn i åldern mellan sex och elva år under perioden 1963–65 ett signifikant samband mellan kognitiv utveckling (mätt med ett IQ-mått och utbildningsnivå) och flera olika hälsoindikatorer. I studien gick det dock inte att klargöra sambandets riktning.

Med samma indikatorer som hos Edwards och Grossman undersökte därefter Shakotko, Edwards och Grossman (1982) sambandet mellan hälsa och utbildningsprestation under barndomen och motsvarande under tonåren. Individerna i studien var mellan sex till elva år under perioden 1963–1965 mellan tolv och 17 år under perioden 1966–70. Enligt forskarna finns det ett dubbelriktat samband mellan hälsa och utbildning där dock riktningen från utbildning till hälsa är starkast. De tolkar resultatet som att det kan finnas en kontinuerlig relation mellan hälsa och kognitiv utveckling över hela livscykeln. De finner även ett starkt positivt samband mellan kognitiv utveckling under barndomen och kognitiv utveckling under puberteten.

Författarna till EU-rapporten (Suhrcke et al., 2005) framhåller med utgångspunkt från bland annat nämnda studier att fastän det starka och positiva sambandet mellan hälsa och utbildning i de flesta fall beror på effekter av utbildning på hälsa så kan åtminstone delar av detta samband förklaras av effekter av hälsa på utbildning; detta sker huvudsakligen via effekter av hälsan under barndomen på kognitiv utveckling. Detta är i sig, menar författarna, ett argument för att investera i barns hälsa.

Hälsa och sparande

Det är rimligt menar EU-rapportens författare att sparandet ökar om människor förväntar sig att leva ett längre och hälsosammare liv. Studier av höginkomstländer som belyser detta samband är emellertid alltför få. Författarna hänvisar till en studie av Smith (1999) där resonemang sker om hälsa och sparande.

Effekter av hälsa i ett makroperspektiv

En viktig fråga är om de mikroekonomiska effekter av bättre hälsa som redovisas ovan överförs till det makroekonomiska planet och syns som en effekt på tillväxten av

bruttonationalprodukten (BNP). Författarna till EU-rapporten undersöker vilka empiriska belägg som finns för detta. Flera olika studier refereras, inklusive historiska studier där enskilda länder har följts över längre tid och där man har funnit positiva samband mellan hälsa och ekonomisk tillväxt.

Enligt en studie av Robert Fogel (1994) beror exempelvis omkring 30 procent av den ekonomiska tillväxten i Storbritannien 1780–1980 på att befolkningen fick bättre hälsa och mer näringsrik mat. Förklaringen är att en stor del av befolkningen, närmare 20 procent för Storbritannien under 1700-talet, inte hade tillgång till mer föda än att de orkade med ”a few hours of strolling”. Effekten av de förbättrade näringsförhållandena kom därför att bli stora när de fattigaste delarna av befolkningen kunde medverka mer i produktionen. Bättre hälsa och en bättre sammansättning av kosten samt bättre kläder och bostäder påverkade, enligt Fogel, effektiviteten i hur energin kunde omvandlas till produktivt arbete. En annan viktig slutsats av Fogels arbete är att det finns en tidsmässig eftersläpning på ekonomisk tillväxt av de insatser och investeringar som gjordes för att förbättra näringsförhållanden, sanitära förhållanden respektive direkta sjukdomsbegränsade insatser.

I en annan historisk studie av Suchit Arora (2001) undersöktes med medellivslängd som hälsomått sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt för tio länder som idag räknas som höginkomstländer. Länderna och tidsperioderna är Australien (1881–1994), Danmark (1870–1992), Finland (1881–1992), Frankrike (1870–1994), Italien (1875–1992), Japan (1891–1994), Nederländerna (1880–1992), Norge (1870–1992), Sverige (1870–1994) och Storbritannien (1871–1992). Enligt Arora ökade hälsoförbättringarna ländernas ekonomiska tillväxt med mellan 30 och 40 procent.

Studier som har belyst enbart låginkomstländer eller låginkomstländer tillsammans med höginkomstländer har genomgående funnit att bättre hälsa, ofta mätt som medellivslängd, har positiva effekter på ekonomisk tillväxt. Emellertid är empiriska makroekonomiska studier som gäller enbart höginkomstländer både mycket få till antalet och redovisar resultat som inte är entydiga. Vissa av studierna har funnit stöd för tesen att bättre hälsa leder till högre ekonomisk tillväxt, medan andra inte har kunnat finna något sådant stöd. Enligt författarna till EU-rapporten kan en förklaring till svårigheterna vara de hälsoindikatorer som vanligen används i den här typen av empiriska studier. Ofta approximeras befolkningens hälsa med allmänna dödlighetsmått (medellivslängd och liknande) som inte i tillräckligt hög grad avspeglar de hälsoskillnader som faktiskt existerar mellan höginkomstländer. En indikator som författarna anser är väsentligt bättre än medellivslängd när det gäller studier av höginkomstländer är dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar. I en studie av 26 höginkomstländer, där dödlighet i hjärt-kärlsjukdom bland vuxna i yrkesverksam ålder används som mått, fann till exempel Suhrcke och Urban (2005, 2010) vid analys av perioden 1960–2000 att en minskning av hjärt-kärldödligheten med tio procent hade samband med en ökning av den ekonomiska tillväxten med en procentenhet. Studien visar enligt EU-rapportens författare att det finns ett stort behov av att förnya arsenalen av hälsoindikatorer vid tillväxtstudier som gäller höginkomstländer. Utöver hjärt-kärldödlighet anser författarna att psykisk sjukdom och annan sjuklighet bör kunna användas som hälsoindikatorer i rika länder.

Slutsatser av rapporten

EU-rapporten 2005, *The contribution of health to the economy in the European Union*, belyser situationen i höginkomstländer i allmänhet och EU i synnerhet. Sammanfattningsvis

visar rapporten att beslutsfattare bör uppmärksamma hälsa som ett angeläget investeringsområde inom politikområden även utanför hälso- och sjukvården. Hälsa är en viktig del av humankapitalet och bidrar till ekonomisk tillväxt genom högre produktivitet och ökat arbetsutbud samt troligen också genom förbättrad kunskapsinhämtning. Den teoretiskt tänkbara effekten via ökat sparande är däremot empiriskt osäker. Befintliga studier om effekter av hälsa på kunskap och sparande är dock få och behöver utökas. Även fler makroekonomiska studier av dagens höginkomstländer bör genomföras. Både för makro- och mikroekonomiska studier behöver hälsoindikatorerna utvecklas. Det är även angeläget att arbeta för att få fram jämförbara data från alla EU-länder för utveckling av den komparativa forskningen. Mer forskning behövs även för att tydliggöra vinster och kostnader av åtgärder i politikområden även utanför hälso- och sjukvården.

Ekonomiska effekter av socioekonomisk ojämlikhet i hälsa inom EU

EU-kommissionen har under 2000-talet haft en arbetsgrupp som har arbetat med frågan om sociala determinanter och ojämlikhet i hälsa. Inom ramen för detta arbete har professor Johan Mackenbach vid universitetet i Rotterdam haft i uppdrag av EU-kommissionen att belysa de ekonomiska effekterna av socioekonomisk ojämlikhet i hälsa. Han och ett par forskarkollegor menar att det enbart är genomsnittlig hälsa som har belysts hittills, och att det är otillräckligt. I stället bör ojämlikhet i hälsa och ekonomiska effekter av denna belysas. Rapporten *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union* var klar under 2007 (Mackenbach, Meerding, & Kunst, 2007).

Mackenbach et al. utgår i rapporten från ett stort antal olika datakällor för sin analys av samtliga länder i EU-25, det vill säga de 25 länder som då ingick, och presenterar ett så kallat "levelling up"-scenario för dessa länder år 2004. "Levelling up" betyder i sammanhanget en nivåförskjutning uppåt så att den vuxna befolkningen först rankas efter socioekonomisk position, och sedan tänker man sig att den nedre halvan av denna befolkning ska få en lika bra hälsa som den halva som utgör det övre skiktet.

Forskarna utgår även från en välfärdsekonomisk ansats, en så kallad "full income approach" med avseende på analysen. I en sådan ansats sätts inte enbart hälsans effekter på ekonomisk tillväxt i fokus utan även dess effekter på social välfärd mer allmänt. Genom en "full income approach" kompletteras således hälsa som en "kapitalvara", vilken påverkar ekonomisk tillväxt via arbetsutbud, produktivitet, inlärning och sparande, av hälsa som en "konsumtionsvara", det vill säga som nytta och livskvalitet för individen. Eftersom hälsa inte har något marknadsvärde bygger ansatsen på hälsoekonomiska värderingar i pengar av dödsfall och sjuklighet. I Mackenbachs et al. studie används värderingar angivna av den amerikanske ekonomen Nordhaus (2002).

Mackenbach et al. uppskattar att antalet dödsfall som hänger ihop med ojämlikheten i hälsa mellan de två grupperna i befolkningen i EU-25 år 2004 är 707 000 per år och att antalet livsår som förloras med dessa dödsfall är 11,4 miljoner genom att i genomsnitt 16 år förloras per dödsfall. Vidare finner de att antalet fall av ohälsa som inte inkluderar dödsfall är 33 miljoner per år, motsvarande 4,3 miljoner förlorade livsår, och att inverkan på medellivslängden vid födelsen är 1,84 år samt att samma ojämlikhet i hälsa minskar den hälsovägda medellivslängden, det vill säga god hälsa, med drygt 5 år (5,14 år).

Forskarna konstaterar vidare att den socioekonomiska ojämlikheten i hälsa får stora ekonomiska effekter. De ojämlikhetsrelaterade förlusterna av hälsa som ”en kapitalvara”, som minskar arbetsutbudet och produktiviteten, är relativt sett små (1,4 procent av BNP), men stora i absoluta termer (141 miljarder euro per år).

Det är när hälsa värderas som ”en konsumtionsvara”, dvs. som nytta och livskvalitet för en person, som den ekonomiska effekten av ojämlikhet i hälsa framstår som mycket stor: cirka 9,5 procent av BNP eller 1 000 miljarder euro. Bedömningen av denna ekonomiska effekt bygger på en hälsoekonomisk värdering av dödsfall och sjuklighet gjord av Nordhaus (Nordhaus, 2002).

Slutsatsen om en stor ekonomisk effekt stöds av separat beräknade kostnader för socialförsäkringssystemen och hälso- och sjukvården. De ojämlikhetsrelaterade ekonomiska förlusterna beräknas till 15 procent av kostnaderna för socialförsäkringssystemen och 20 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvården i EU som en helhet. Skattningarna avser årliga värden.

Tobak som exempel

Mackenbach et al. framhåller att den fördjupade forskningen under senare år om orsaker till ojämlikhet i hälsa har lett till en allt större kunskap om hur denna ojämlikhet kan påverkas via politiskt beslutade interventioner. De redovisar ett exempel inom tobaksområdet.

Om en tobakspolitik implementeras som minskar rökningen med 33 procent i den lägre socioekonomiska gruppen, medan rökprevalensen minskar med 25 procent i den högre socioekonomiska gruppen, minskar inte bara den sociala ojämlikheten i hälsa, utan också ca 7 procent av de kostnader genom dödsfall och sjuklighet, inklusive kostnader för socialförsäkringar och hälso- och sjukvård, som följer av hälsoojämlikheten. Ojämlikhetsrelaterade förluster för hälsa som en ”konsumtionsvara” skulle minska med omkring 75 miljarder euro per år inom EU-25, och motsvarande för hälsa som en ”kapitalvara” skulle minska med nästan 9 miljarder euro.

Slutsatser av rapporten

Det finns enligt Mackenbach och kollegor en stor potential för att minska dessa socioekonomiska skillnader i hälsa och därmed förbättra hälsan och livskvaliteten för ett stort antal människor. Samtidigt kan man alltså vinna ekonomiska fördelar. Åtgärderna bör omfatta både breda välfärdsinsatser som involverar flera samhällssektorer och enskilda riskfaktorer. Breda välfärdsprogram för att minska hälsoskillnader kan, enligt Mackenbach et al., ge effekt på 10–20 års sikt. Åtgärder för att minska ojämlikhet i hälsa knuten till enskilda riskfaktorer, så som rökning, kommer också, menar de, att bidra till att öka arbetsproduktivitet och välfärd samt att reducera kostnader för socialförsäkringar och hälso- och sjukvård.

Hälsans betydelse som ”konsumtionsvara” i en WHO-rapport

Den hälsoekonomiska värderingen av hälsa innebär, som i Mackenbachs et al. studie, att man också bör lyfta fram värdet av ökad livslängd och livskvalitet för människor inom ramen för tillväxtbegreppet. När man tar hänsyn till både värdet av ekonomisk tillväxt och värdet av ökad livslängd m.m. brukar detta kallas en ”full income approach”.

Metoder för att sätta pris på hälsa

En ansats med inriktning på hela inkomsten (”full income approach”) förutsätter att värdet av liv och livsår kan skattas i monetära termer. I modern ekonomisk litteratur finns det primärt två sätt att beräkna värdet av ett liv (Hultkrantz & Svensson, 2008). Dessa är ”revealed preferences” (RP-metoder) och ”stated preferences” (SP-metoder). Båda beräkningssätten baseras på ekonomisk teori och en betalningsviljeansats.

Med RP-metoder extraheras mått från människors faktiska val. Man får vid dessa metoder fram det ekonomiska värdet på hälsan genom att till exempel granska de extra inkomster som människor kräver för att acceptera jobb som innebär hälsorisker, till exempel gruvarbete, eller genom att granska människors utgifter för olika säkerhetsarrangemang som antisladdsystem och brandvarnare. Med hjälp av dessa inkomster, risker och utgifter kan man göra många analyser av små förändringar i dödlighetsrisken för att få fram värdet av ett så kallat ”statistiskt liv”. Detta värde kan i sin tur användas för att värdera förändringar i dödlighetsrisker.

Med SP-metoder mäts styrkan i personers preferenser genom att söka svar på hur de skulle välja i hypotetiska valsituationer, till exempel hur mycket de är beredda att betala för att minska sin dödsrisk i en viss omfattning.

Den amerikanske ekonomen William Nordhaus har blivit en standardreferens i många studier där värdet av ett statistiskt liv anges. Han gick igenom olika betalningsviljestudier och kom fram till att ett statistiskt liv är värt 3 miljoner dollar samt att ett livsår är värt 100 000 dollar (Nordhaus, 2002). Den första siffran är värdet av att undvika ett dödsfall hos en person i 40-årsåldern, medan den senare gäller värdet av att den personen får ytterligare ett livsår. Nordhaus värden gäller USA omkring 1990 och dessa värden kan enligt Mackenbach et al. (2007) eventuellt behöva justeras för inflation och för skillnader i skattningar av hälsans värde i Europa jämfört med USA. Nordhaus skattning av värdet för ett livsår till 100 000 dollar (motsvarande 77 000 euro vid tidpunkten för Mackenbachs et al. beräkningar) stämmer dock bra med motsvarande skattningar av det EU-finansierade projektet ExternE som bland annat har beräknat de ekonomiska effekterna av luftföroreningarnas hälsokonsekvenser. Projektets skattningar ligger i intervallet 50 000–100 000 euro. Nordhaus skattningar av ett (friskt) livsår har alltså blivit något av ett standardvärde, vilket också bekräftas av andra forskningsresultat. Dow och Schoeni (2008, s. 3) skriver i en teknisk rapport till Robert Wood Johnson Foundation: ”We use \$100,000 as the benchmark because it is a common, arguably conservative, value of a healthy life year”. Detta värde på ett livsår används därefter i huvudrapporten ”Overcoming obstacles to health” från Robert Wood Johnson Foundation (2008, s. 43) till ”the Commission to Build a Healthier America”.

Hälsans betydelse som "konsumtionsvara" - medellivslängd

I en WHO-rapport från år 2008 med titeln *The economic costs of ill health in the European Region* redovisar Suhrcke, Sauto Arce, McKee och Rocco (2008) studier av kostnader för hälsans betydelse som "konsumtionsvara" med fokus på medellivslängd. Här nämns några studier.

Ekonomer Dan Usher var den som först introducerade värdet av minskad dödlighet i samband med nationalräkenskapsberäkningar, i en studie år 1973 av sex länder: Kanada, Chile, Frankrike, Japan, Sri Lanka och Taiwan (Usher, 1973). Han använder begreppet "hela inkomsten" (full income) för att få fram det summerade värdet av BNP-tillväxt och vunen medellivslängd, under en period av några decennier i mitten av 1900-talet. Mätt med ett konventionellt BNP-mått har höginkomstländerna i gruppen en högre tillväxt än låginkomstländerna, medan det omvända gäller beträffande utvecklingen av medellivslängden.

Nordhaus har gjort en studie av förhållanden i USA (Nordhaus, 2003), och den visar att det ekonomiska värdet av förbättrad medellivslängd i ett nästan 100-årigt perspektiv (1900–1995) är lika stort som värdet av den ekonomiska tillväxten av alla varor och tjänster utanför hälsoområdet. Detta resultat visar att hälsoinvesteringar kan ge mycket större produktivitetseffekter än andra investeringar, vilket också är resultatet i studier av Costa och Kahn (2004), Crafts (2005), Cutler och Richardson (1997), Miller (2000) samt Viscusi och Aldy (2003).

Suhrcke et al. (2008) redovisar i en egen studie om ohälsans kostnader i valda länder inom WHO:s Europaregion en skattning av det monetära värdet av en förbättrad medellivslängd mellan 1970 och 2003. Studien bygger på en modell och beräkningar av Becker, Philipson och Soares (2005) samt Soares (2007). Med SP-metoder skattas den summa pengar som människor skulle vilja ha för att inte få ta del av livslängdsförbättringarna som skedde mellan dessa år. Med andra ord, vilken inkomst skulle någon som lever med 2003 års inkomstnivå och livslängd vilja ha för att acceptera att leva med den livslängd som fanns 1970? Den ytterligare inkomst som hon eller han skulle vilja ha är det monetära värdet av de livsår som vanns mellan 1970 och 2003.

Resultatet av beräkningarna för några av WHO-länderna i Europaregionen visas i tabell 1. Kolumn 6 innehåller de monetära beloppen för ökad medellivslängd, och de är alltså mått på den inkomstkomensation som människor förväntas begära för att acceptera en lägre medellivslängd. Värdena i kolumnen kan sedan delas med de extra åren i medellivslängd mellan 1970 och 2003, vilket ger årliga värden enligt kolumn 7. Dessa årliga värden kan i sin tur uttryckas i relation till 2003 års BNP per capita så att det monetära värdet sätts i relation till BNP-måttet, som framgår av kolumn 8. Denna kolumn visar att det årliga monetära värdet av medellivslängdförbättringen mellan 1970 och 2003 var mellan 29 och 38 procent av BNP per capita, och 29 procent för Sverige. Det är alltså ett mycket högt värde, och det är dessutom mycket högre än samtliga länders utgifter för hälso- och sjukvård per capita. Som tidigare nämnts är dock beräkningen förenklad eftersom den enbart handlar om välfärdsvinsterna av ökad medellivslängd. Beräkningen tar inte hänsyn till att sjukdomar skjuts upp mot högre åldrar tack vare den minskade dödligheten.⁷

⁷ En intressant svensk studie som går bortom den rena överlevnaden (kvantiteten) och även beaktar den faktiska hälsostatusen (kvaliteten) är Burström, Johannesson och Diderichsen (2003). De skattar värdet av förändringen av hälsan i Sverige mellan åren

Tabell 1: Monetära värden för ökad medellivslängd i valda europeiska länder, 1970–2003

Land	Medellivslängd vid födelsen (år)		Real BNP per capita i PPP\$		Monetärt värde		(7) i % av 2003 års BNP per capita
	1970	2003	1970	2003	Vinst av ökad medellivslängd i PPP\$	Vinst per erhållet livsår i PPP\$	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Österrike	70,02	78,93	3 020	30 094	87 986	9 875	33
Finland	70,40	78,72	2 897	27 619	74 037	8 899	32
Frankrike	72,93	79,44	3 659	27 677	54 741	8 409	30
Grekland	73,82	78,93	1 613	19 954	29 085	5 692	29
Irland	70,75	78,28	1 934	37 738	95 450	12 676	34
Nederländerna	73,71	78,80	3 542	29 371	45 426	8 925	30
Norge	74,17	79,71	3 015	37 670	64 398	11 624	31
Spanien	72,88	79,78	2 313	22 391	45 312	6 567	29
Sverige	74,83	80,37	4 019	26 750	42 705	7 708	29
Schweiz	73,24	80,81	5 222	30 552	69 794	9 220	30
Turkiet	54,15	68,70	927	6 772	37 796	2 598	38
Storbritannien	71,95	78,45	3 189	27 147	55 106	8 478	31

Anm.: PPP\$ är köpkraftparitet i USD. Data för medellivslängd och BNP per capita är från WHO:s European Health for All database (HFA-DB), version november 2007. Tabellvärdena återfinns hos Suhrcke et al. (2008).

Slutsatser av rapporten

I WHO-rapporten lyfts fram att det verkliga syftet med ekonomisk aktivitet är att förbättra människors välfärd, inte att producera varor och tjänster för sakens skull. Begreppet välfärd handlar om den nytta människor har av varor och tjänster, och en sådan nytta kan vara att leva länge och ha en god hälsa. Utmaningen blir därmed att översätta människors välfärdsvinster i form av en förbättrad hälsa till ekonomiska värden så att dessa värden kan jämföras med andra ekonomiska mått, till exempel BNP-måttet. I rapporten redovisas metoder för att sätta pris på hälsan och några studier om hälsans värde som ”konsumtionsvara”. Författarna framhåller med en egen studie som grund att investeringar för att förbättra hälsan, via hälso- och sjukvården och andra sektorer, har varit mycket produktiva. Dock bör man vara medveten om att skattningar av det här slaget kan vara osäkra.

1980/81 och 1996/97 med hjälp av så kallade kvalitetsjusterade levnadsår (quality-adjusted life years, QALYs). QALY-måttet väger samman överlevnad och hälsostatus till ett värde på en skala mellan 0 (död) och 1 (perfekt hälsa). En individs hälsa (”hälsokapitalet”) definieras av författarna som nuvärdet av individens livstida hälsa, vilket är detsamma som antalet diskonterade QALYs. Det monetära värdet av en hälsoförändring mellan två årtal är därmed lika med det monetära värdet av förändringen av antalet diskonterade QALYs mellan dessa årtal. Precis som med medellivslängdsmåttet (förväntad återstående medellivslängd vid en given ålder), som författarna använder som jämförande hälsomått, rör det sig om förväntade återstående QALYs vid en given ålder, t.ex. vid födelsen. En QALY värderas till 100 000 dollar, dvs. standardvärdet för ett levnadsår med perfekt hälsa. Författarna visar att värdet av hälsoförändringen mellan åren 1980/81 och 1996/97 skiljer sig avsevärt beroende på om hälsa mäts med medellivslängd eller med QALYs. För nyfödda var värdet av förändringen av diskonterad medellivslängd mellan dessa år 57 500 dollar för män och 35 800 dollar för kvinnor, medan motsvarande värde för förändringen av diskonterade QALYs var 10 700 dollar respektive minus 58 400 dollar (alltså ingen inkomst alls för kvinnor utan en förlust). Även valet av diskonteringsränta har stor betydelse. I huvudskattningen är den 3 procent, men om exempelvis ingen diskontering alls sker blir QALY-förändringsvärderingarna markant högre: vid födelsen 263 800 dollar för män, 54 400 dollar för kvinnor. En slutsats man kan dra av Burströms et al. studie är att värdet av en observerad hälsoförändring kan vara fullt jämförbart med den inkomstökning som BNP-utvecklingen åstadkommer, men att resultatet samtidigt kan vara känsligt för vilket hälsomått man använt och vilka beräkningsantaganden man gjort.

Syntes - en god hälsa har ekonomisk betydelse för individen och samhället

Framställningen med utgångspunkt från två EU-rapporter och en WHO-rapport om hälsa och ekonomisk tillväxt visar att hälsa är en viktig del av humankapitalet och bidrar till ekonomisk tillväxt genom högre produktivitet och ökat arbetsutbud samt troligen också genom förbättrad kunskapsinhämtning. Den teoretiskt tänkbara effekten via ökat sparande är dock empiriskt osäker. Det finns en stor potential för att minska socioekonomiska skillnader i hälsa och därmed förbättra hälsan och livskvaliteten för ett stort antal människor. Samtidigt kan man vinna ekonomiska fördelar. Det verkliga syftet med ekonomisk aktivitet är att förbättra människors välfärd, inte att producera varor och tjänster för sakens skull. En ”full income approach” ger möjligheter att översätta människors välfärdsvinster i form av en förbättrad hälsa till ekonomiska värden så att dessa värden kan jämföras med andra ekonomiska mått, till exempel BNP-måttet.

I ett svenskt perspektiv ger de ekonomiska argumenten för investeringar i hälsa som mål och medel för individer och samhälle möjlighet till ett utvidgat resonemang med inriktning på regional och lokal ekonomisk utveckling och politiskt stöd för denna. De viktigaste mekanismerna och processerna kan sammanfattas på följande sätt:

Hälsa som mål skapar en efterfrågan på hälsorelaterade varor och tjänster samt etablerar marknader för hälsoföretag. För att möta denna efterfrågan behövs en regional och lokal politik som anger spelreglerna och stödjer både konsumenter och företag. Hälsa som mål skapar också en efterfrågan på hälsostödjande infrastrukturer och miljöer. Även för detta behövs politiska initiativ som reglerar och stödjer en samhällsplanering som gynnar hälsa, bland annat genom utformning av bostadsområden, grönytor och vägar samt service i form av transporter, utbildningsmöjligheter, kultur och välfärdstjänster.

Hälsa som medel skapar förutsättningar för en ökad och kvalitativt bättre produktion. Möjliga politiska svar på detta är att stödja kompetensutvecklingen och det hälsofrämjande arbetet i skolor, universitet, företag och organisationer. Hälsa som medel kan även innebära minskade (relativa) kostnader för vård, service och ekonomiska transfereringar med hjälp av politiska initiativ som stödjer en god, jämlik och jämställd hälsa i alla åldrar. Med samhälleliga insatser, utöver individernas egna, kan människor behålla sitt hälsokapital och förbättra detta långt upp i åldrarna.

Referenser

- Andren, D., & Palmer, E. (2001). The effect of sickness on earnings (*Working Papers in Economics No. 45*). Gothenburg: Department of Economics, Gothenburg University.
- Arora, S. (2001). Health, human productivity, and long-term economic growth. *Journal of Economic History*, 61(3), 699–749.
- Becker, G. S. (1964). Investment in Human Capital: A theoretical analysis. *Journal of Political Economy*, 70(5), 9–49.
- Becker, G. S., Philipson, T. J., & Soares, R. R. (2005). The quantity and quality of life and the evolution of world inequality. *American Economic Review*, 95(1), 277–291.
- Bloom, D. E., & Canning, D. (2000). The health and wealth of nations. *Science*, 287(5456), 1207–1209.
- Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2001). *The effect of health on economic growth: Theory and evidence* (NBER Working Paper No. 8587). NBER.
- Burström, K., Johannesson, M., & Diderichsen, F. (2003). The value of the change in health in Sweden 1980/81 to 1996/97. *Health Economics*, 12(8), 637–654.
- Case, A., Fertig, A., & Paxson, C. (2004). The lasting impact of childhood health and circumstance. *Journal of Health Economics*, 24, 365–389.
- Commission on Macroeconomics and Health. (2001). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. Genève: WHO.
- Costa, D. L., & Kahn, M. E. (2004). Changes in the value of life, 1940–1980. *Journal of Risk and Uncertainty*, 29(2), 159–180.
- Crafts, N. (2005). *The contribution of increased life expectancy to the growth of living standards in the UK, 1870–2001*. Opublicerad uppsats. London School of Economics. Hämtad från <http://wpeg.group.shef.ac.uk/documents/crafts.pdf>.
- Cutler, D., & Richardson, E. (1997). Measuring the health of the US population. Brookings Papers on Economic Activity. *Microeconomics*, 29, 519–539.
- Deaton, A. (2002). Policy implications of the gradient of health and wealth. *Health Affairs*, 21(2), 13–30.
- Dow, W., & Schoeni, R. F. (2008). *Economic value of improving the health of disadvantaged Americans*. Technical report for “Overcoming obstacles to health: Report from the Robert Wood Johnson Foundation to the Commission to Build a Healthier America”. Hämtad från <http://www.commissiononhealth.org/Report.aspx?Publication=26244>.
- Edwards, L. N., & Grossman, M. (1980). *The relationship between children’s health and intellectual development* (NBER Working Paper No. 213). Hämtad från <http://www.nber.org/papers/w0213>.

- Fogel, R. W. (1994). Economic growth, population theory, and physiology: The bearing of long-term processes on the making of economic policy. *American Economic Review*, 84(3), 369–395.
- Freedman, V. A., & Martin, L. (1999). The role of education in explaining and forecasting trends in functional limitations among older Americans. *Demography*, 36(4), 461–473.
- Fregert, K., & Jonung, L. (2003). *Makroekonomi: Teori, politik och institutioner*. Lund: Studentlitteratur.
- Gambin, L. (2004). *Gender differences in the effect of health on wages in Britain*. York: Department of Economics and Related Studies, University of York.
- Gannon, B., & Nolan, B. (2003). *Disability and labour market participation*. HRB Working Paper. Hämtad från http://www2.eur.nl/bmg/ecuity/public_papers/ECuity3wp8Gannon.pdf.
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.
- Hansen, J. (2000). The effect of work absence on wages and wage gaps in Sweden. *Journal of Population Economics*, 13(1), 45–55.
- Heinek, G. (2004). *Up in the skies? The relationship between body height and earnings in Germany*, Munich: Department of Economics, University of Munich.
- Hermansson, K., & Lundgren, B. (2008). *Hälsa och ekonomisk tillväxt: Kunskapsöversikt över sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt samt synpunkter på hälsa i ett regionalt utvecklingsperspektiv* (Arbetsrapport A 2008:2). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Hultkrantz, L., & Svensson, M. (2008). Värdet av liv. *Ekonomisk Debatt*, 36(2), 5–16.
- Judge, T., & Cable, D. (2003). *Workplace rewards tall people with money, respect*. Florida: University of Florida.
- Judge, T., & Cable, D. (2004). The effect of physical height on workplace success and income: Preliminary test of a theoretical model. *Journal of Applied Psychology*, 89(3), 428–441.
- Lindholm, C., Burström, B., & Diderichsen, F. (2001). Does chronic illness cause adverse social and economic consequences among Swedes? *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, 63–70.
- Liu, J. L. Y., Maniadakis, N., Gray, A., & Rayner, M. (2002). The economic burden of coronary heart disease in the UK. *Heart*, 88, 597–603.
- Lundgren, B. (2003). Ekonomiska resurser och hälsa: Samband och indikatorer. I C. Hogstedt (Red.), *Välfärd, jämlikhet och folkhälsa: Vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer* (s. 165–218). Rapport R 2003:12. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Mackenbach, J. P., Meerding, W. J., & Kunst, A. E. (2007). *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.

Malmberg, B., Andersson, E., Johansson, M., & Hermansson, K. (2007). *Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling* (Rapport R 2007:8). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Marmot, M. (2002). The influence of income on health: Views of an epidemiologist. *Health Affairs*, 21(2), 31–46.

Marmot, M. (2006). *Statussyndromet: Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur och kultur.

McKee, M., & Suhrcke, M. (2010). Investing in health: A contribution to the achievement of the Lisbon Agenda. *European Review*, 18(1), 9–21.

Miller, T. R. (2000). Variations between countries in values of statistical life. *Journal of Transport Economics and Policy*, 34(2), 169–188.

Mushkin, S. J. (1962). Health as an investment. *Journal of Political Economy*, 70(5:2), 129–157.

Nordhaus, W. (2002). *The health of nations: The contribution of improved health to living standards* (NBER Working Paper Series, No. 8818). Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.

Nordhaus, W. (2003). The health of nations: The contribution of improved health to living standards. I K. M. Murphy, & R. H. Topel (Red.), *Exceptional returns: The value of medical research* (s. 9–40). Chicago: University of Chicago Press.

Pagán, R., & Marchante, A. J. (2004). Análisis de las diferencias salariales por discapacidad en España: El caso de los varones. *Hacienda Pública Española / Revista de Economía Pública*, 171, 75–100.

Riphahn, R. T. (1998). *Income and employment effects of health shocks: A test case for the German welfare state* (IZA Discussion Paper No. 10). Hämtad från http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=166337.

Robert Wood Johnson Foundation. (2008). *Overcoming obstacles to health: Report from the Robert Wood Johnson Foundation to the Commission to Build a Healthier America*. Hämtad från <http://www.commissiononhealth.org/Report.aspx?Publication=26244>.

Regeringens proposition 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. Stockholm: Regeringen.

Regeringens proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringen.

Schultz, T. W. (1961). Investment in human capital. *American Economic Review*, 51(1), 1–17.

Shakotko, R. A., Edwards, L. N., & Grossman, M. (1982). *An exploration of the dynamic relationship between health and cognitive development in adolescence* (NBER Working Paper No. 454). Hämtad från <http://www.nber.org/papers/w0454>.

Smith, J. P. (1999). Healthy bodies and thick wallets: The dual relation between health and economic status. *Journal of Economic Perspectives*, 13(2), 145–166.

Soares, R. R. (2007). Health and the evolution of welfare across Brazilian municipalities. *Journal of Development Economics*, 84(2), 590–608.

Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce, R., Tsovala, S., & Mortensen, J. (2005). *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.

Suhrcke, M., Sauto Arce, R., McKee, M., & Rocco, L. (2008). *The economic costs of ill health in the European Region*. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe.

Suhrcke, M., & Urban, D. (2005). *The role of cardiovascular disease in economic growth*. Opublicerad uppsats. Venedig: WHO European Office for Investment for Health and Development.

Suhrcke, M., & Urban, D. (2010). Are cardiovascular diseases bad for economic growth? *Health Economics*, 19, 1478–1496.

Usher, D. (1973). An imputation to the measure of economic growth for changes in life expectancy. I M. Moss (Red.), *The measurement of economic and social performance* (s. 193–226). New York: National Bureau of Economic Research.

Viscusi, W. K., & Aldy, J. E. (2003). *The value of a statistical life: A critical review of market estimates throughout the world* (NBER Working Paper 9487). Washington, DC: National Bureau of Economic Research.

Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2000). Income inequality and health: What does the literature tell us? *Annual Review of Public Health*, 21, 543–567.

