

# KOSTNADER FÖR REUMATOID ARTRIT I SVERIGE ÅR 2014

*Emilie Toresson Grip*

*Katarina Steen Carlsson*

IHE RAPPORT

2016:3



## KOSTNADER FÖR REUMATOID ARTRIT I SVERIGE ÅR 2014

*Emilie Toresson Grip  
Katarina Steen Carlsson*

IHE - Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi

IHE RAPPORT 2016:3  
ISSN 1651-7598

Rapporten kan laddas ner på IHE:s webbsida

## Innehåll

Förord .....	4
Sammanfattning .....	5
1 Inledning.....	7
1.1 Bakgrund .....	7
1.2 Syfte .....	8
1.3 Definitioner och avgränsningar .....	8
2 Metod.....	10
3 Material.....	12
3.1 Prevalens .....	12
3.2 Resursanvändning i sjukvården.....	12
3.3 Produktionsbortfall.....	14
3.4 Priser .....	14
4 Resultat .....	17
5 Diskussion .....	22
6 Avslutande kommentar.....	26
Referenser.....	27
Bilaga .....	29

## Förord

Sedan introduktionen av biologiska läkemedel för behandling av reumatoid artrit har det funnits ett stort intresse för att följa konsekvenser av dessa nya behandlingsmöjligheter. Frågeställningar som belyser konsekvenser har använt olika studieansatser och perspektiv. En del studier har haft en experimentell ansats och analyserat behandlingsnytta och säkerhet genom att lotta personer till aktiv behandling med biologiska läkemedel respektive standardbehandling utan biologiska läkemedel. Resultaten har följts enligt standardiserade protokoll. Andra studier har belyst konsekvenser av behandlingsförändringar utifrån observationsdata såsom registerbaserade studier. Vilka konsekvenser som nya behandlingsteknologier får i praktiken och i breda patientgrupper beror inte bara på vilka utfall som är möjliga vid medicinskt optimerad behandling. De faktiska utfallen beror framförallt på hur användningen av nya teknologier ser ut i klinisk vardag där en mångfald faktorer är med och påverkar hur införande och dess konsekvenser ser ut i praktiken.

Tidigare svenska studier som belyst kostnader för reumatoid artrit pekade bland annat på att introduktionen av biologiska läkemedel innebar ett minskat behov av sjukhusbaserad vård. Två svenska studier baserade på Försäkringskassans statistik över sjukfrånvaro samt sjuk- och aktivitetsersättning för personer med reumatoid artrit beräknade att kostnaden för produktionsbortfall år 2010 stod för mer än hälften av de totala kostnaderna för reumatoid artrit.

Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) har på uppdrag av Eli Lilly genomfört beräkningar av samhällsekonomiska kostnader för reumatoid artrit i Sverige under år 2014. I uppdraget ingick att belysa resursanvändning och kostnader utifrån statistik från Socialstyrelsens statistikdatabas, Sveriges kommuner och landstings KPP-databas (Kostnad per patient) samt statistik från Försäkringskassan. Rapportens resultat pekar på att förändringar i kostnadsbilden har skett de senaste åren. Antalet nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar med diagnosen reumatoid artrit har minskat från cirka 350 personår till cirka 80 personår per år under perioden 2007 till 2010. Detta är en av förklaringen till att antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning nästan halverats de senaste tio åren. Det är inte möjligt att utifrån den aggregerade statistiken som redovisas i denna rapport att dra slutsatser om orsakssamband. Resultaten visar emellertid att det är viktigt att fortsätta att analysera och följa upp konsekvenser av införande av nya behandlingsteknologier långsiktigt. Detta bland annat för att belysa samband mellan patientgruppens sammansättning, faktisk behandling, myndigheters beslutsfattande och långsiktiga utfall i ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Lund, maj 2016

Ulf Persson

Verkställande direktör, IHE



## Sammanfattning

Reumatoid artrit (RA), som också kallas ledgångsreumatism, är en kronisk inflammatorisk ledsjukdom. I Sverige beräknas cirka 0,5 till 1 procent av den vuxna befolkningen ha RA. Sjukdomen kan ha stora konsekvenser för den sjukes livssituation och många förlorar arbetsförmågan efter en kortare tids sjukdom.

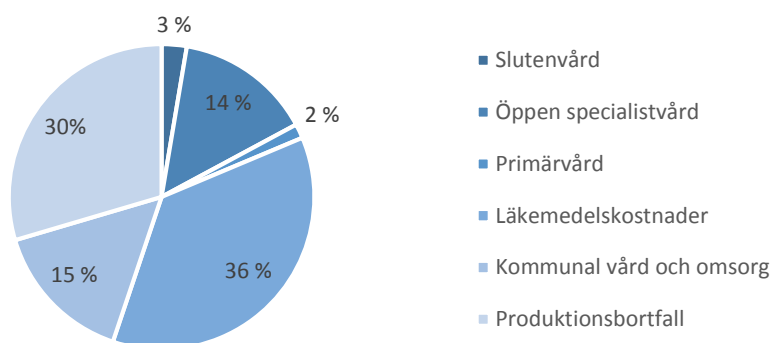
RA tar därför tid och andra resurser i anspråk, både för människor som drabbas av sjukdomen och för samhället som helhet. Kostnader uppstår eftersom resurser behövs för att diagnosticera, behandla och leva med sjukdom (så kallade direkta kostnader). Kostnader uppstår också för att sjukdom hindrar människor att arbeta och utföra vardagliga aktiviteter (så kallade indirekta kostnader).

För denna rapport beräknade vi de direkta och de indirekta kostnaderna för RA i Sverige år 2014 utifrån en samhällsekonomisk ansats. Rapporten presenterar också en utblick över utvecklingen av kostnader för produktionsbortfall mellan 2006 till 2014.

De totala samhällsekonomiska kostnaderna för RA uppgick år 2014 till 4,2 miljarder kronor.

- Sjukvårdskostnader (primärvård, öppen specialistvård, slutenvård, läkemedel och kommunal omsorg): 2,9 miljarder kronor (70 procent)
- Indirekta kostnader (produktionsbortfall till följd av sjuklighet samt nedsatt arbetsförmåga): 1,2 miljarder (30 procent)

I nedan figur presenteras de totala samhällsekonomiska kostnaderna för RA fördelat på olika kostnadsposter. Inom de direkta kostnaderna utgjorde kostnaderna för läkemedel den största kostnadsposten. Kostnaderna för biologiska och icke-biologiska läkemedel uppgick till 1,5 miljarder motsvarande 36 procent av totalkostnaderna för RA år 2014.



**Figur.** Kostnadsfördelningen mellan olika kostnadsposter för reumatoid artrit i procent.

Inom ramen för dessa beräkningar jämfördes uttaget av sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning för individer med RA och för riket som helhet över tid. Sedan 2010 har det totala uttaget av sjukpenningdagar för samtliga försäkrade ökat mellan 10-14 procent per år i Sverige. Jämförelsen här visar att denna trend inte tycks drivas av sjuktalen för RA eftersom ökningen i denna patientgrupp är tydligt lägre (mellan år 2011 till 2014 ökade det totala sjukpenninguttaget mellan 2-8 procent årligen för RA). Jämförelsen visade vidare att utbetalningen av sjuk- och aktivitetsersättning har minskat under perioden 2007 till 2014, både bland individer med RA samt i riket som helhet, men i större omfattning bland individer med RA.

De totala samhällsekonomiska kostnaderna i denna rapport är lägre jämfört med två tidigare studier där totalkostnaderna uppskattades till totalt 5,7 miljarder kronor respektive 6,5 miljarder kronor för år 2010. Flera möjliga orsaker till varför resultaten skiljer sig åt diskuteras i slutet på rapporten. En orsak kan vara att kostnaderna för produktionsbortfall för RA har minskat sedan år 2010 till följd av att både det totala uttaget av sjuk- och aktivitetsersättning och antalet nybeviljade fall har minskat de senaste åren.

Den nationella statistik som ligger till grund för denna rapport visar på parallella trender över tid i förändringar av de direkta och indirekta kostnaderna. Vidare studier utifrån data på individnivå skulle kunna belysa möjliga orsakssamband mellan sjuklighet, behandling, påverkan på arbetsförmåga samt beslut i sjukvården, i socialförsäkringssektorn och på arbetsmarknaden.



# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

Reumatoid artrit (RA), som också kallas ledgångsreumatism, är en autoimmun sjukdom som räknas till rörelseorganens sjukdomar. RA är en kronisk inflammatorisk ledsjukdom som ofta inleds med värk och svullnad i händer eller fötter och för de flesta drabbade innebär livslång sjukdom.

Inflammationen och dess konsekvenser påverkar den sjukas livssituation och många förlorar arbetsförmågan efter en kortare tids sjukdom. Det är därför viktigt att tidigt fastställa diagnos för att snabbt kunna inleda en effektiv läkemedelsbehandling som minskar uppkomsten av ledskador vilket kan förbättra patientens fysiska funktion, livskvalitet och arbetsförmåga. Introduktionen av biologiska läkemedel har inneburit att sjukdomsförloppet kan bromsas hos många RA patienter och har även bidragit till en ökad arbetsförmåga hos dessa patienter [1]. En ny avhandling har visat att andelen sjukskrivna patienter minskar med nästan 30 procent året efter att behandling med de biologiska läkemedlen TNF-alfa hämmare har inletts. I samma studie visas även att patienter som påbörjar behandling inom fem år från diagnos har mer än dubbelt så stor chans att återfå förlorad arbetsförmåga jämfört med patienter som inleder behandling efter fem år [2].

I Sverige beräknas mellan 0,5 och 1 procent av den vuxna befolkningen ha reumatoid artrit [1] vilket motsvarar mellan 38 000 och 77 000 personer. Varje år diagnosticeras cirka 3 000 nya vuxna personer med RA, motsvarande 41 nya personer per 100 000 invånare [3]. Två svenska studier publicerade 2014 och 2015 redovisar samhällsekonomiska kostnader för RA år 2010 beräknat från delvis olika datakällor och med olika frågeställningar [4, 5]. Båda studierna fann emellertid att kostnaden för produktionsbortfall stod för mer hälften av kostnaderna (57 procent [4] respektive 54 procent [5]) och den enskilt största kostnads-posten var den för sjuk- och aktivitetsersättning för långsiktigt nedsatt arbetsförmåga. Eriksson och medförfattare redovisade kostnader uppdelat på två åldersgrupper [5]. Bland sjukvårdskostnaderna utgjorde kostnaderna för biologisk läkemedelsbehandling den största kostnads-posten bland yngre (18-64 år) medan slutenvårdskostnader var den största kostnads-posten bland studiens äldre (65+ år). Studien av Kalkan och medförfattare beräknade att antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning minskat från omkring 10 000 personer år 1990 till knappt 7000 personer år 2010 [4]. Antalet sjukdagar halverades under samma period.



En sjukdomskostnadskalkyl beräknar samhällsekonomiska kostnader som uppstår till följd av sjukdom och ger en helhetssyn av den totala belastningen på samhället för en viss sjukdom givet nuvarande behandlingsmöjligheter. I en sjukdomskostnadskalkyl delas kostnaderna upp i direkta och indirekta kostnader, där direkta kostnader omfattar kostnader som uppstår i bland annat hälso- och sjukvården medan indirekta kostnader omfattar kostnader som uppstår till följd av nedsatt arbetsförmåga, både på arbetsmarknaden och på fritiden. Metoden som har använts för kostnadsberäkningen i den här studien presenteras närmare i kapitel 2. En sjukdomskostnadskalkyl kan användas som underlag för att informera beslutsfattare om den ekonomiska omfattningen av ett hälsoproblem och om vilka ohälsområden som lämpar sig för forskning. Kalkylen kan också ge en uppfattning om vilka vinster som skulle kunna uppnås genom att minska sjukdomens eller hälsoproblemets omfattning eller, i bästa fall, undanröja detta.

## 1.2 Syfte

Syftet med den här rapporten är att beräkna de samhällsekonomiska kostnaderna för reumatoid artrit i Sverige avseende år 2014, baserat både på primärdata samt sekundärdata från en litteraturgenomgång. Studien gör en utblick över utvecklingen av kostnader för produktionsbortfall mellan 2006 till 2014. Resultatet för år 2014 i denna studie tolkas sedan i jämförelse med tidigare svenska studier.

## 1.3 Definitioner och avgränsningar

Kostnaderna beräknas för år 2014 eftersom data på resursutnyttjande i hälso- och sjukvården ännu inte finns publicerade för senare år. Såväl direkta som indirekta kostnader kommer att beräknas med en så kallad prevalensansats. Resursanvändning och kostnadsberäkningar för resursanvändning kan för specialiserad sjukvård och produktionsbortfall beräknas med direkt koppling till sjukdomsdiagnos, det vill säga primärdata. Beräkningarna tar sin utgångspunkt i statistik där någon av diagnoserna av M05 (Seropositiv reumatoid artrit) eller M06 (Annan reumatoid artrit) i ICD-10 kapitel XIII Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven har angivits som huvuddiagnos. För läkemedelsanvändning och primärvårdsutnyttjande använder studien sekundära datakällor inklusive publicerade studier för att beräkna kostnader för RA eftersom tillgänglig publicerad statistik saknas eller inte är tillräckligt detaljerad.

I likhet med tidigare studier [4, 5] har vi inte inom ramen för denna studie sammanställt indirekta kostnader för informell vård eller patienters egna utgifter. Detta på grund av att det saknas uppgifter om både antalet personer samt omfattning av resursanvändning för





informell vård samt detaljerade uppgifter om privata utgifter. Det finns studier som visat på ökad mortalitet bland personer med RA, men sjukdomen registreras sällan som dödsorsak. År 2014 var det fem personer under 65 år som avled i Sverige och fick RA som dödsorsak [6]. Denna studie inkluderar inte kostnader för förtida död på grund av RA.

Studiens avgränsningar medför att den totala kostnaden för reumatoid artrit underskattas men urvalet av kostnadslag följer tidigare studier inom området.



## 2 Metod

En sjukdomskostnadskalkyl beräknar samhällsekonomiska kostnader som uppstår till följd av sjukdom och ger en helhetssyn av den totala belastningen på samhället för en viss sjukdom givet nuvarande behandlingsmöjligheter. Utgångspunkten är att sjukdom och förtida död medför kostnader för samhället och en sjukdomskostnadskalkyl beräknar kostnader för de resurser som tas i anspråk för sjukdomen, bland annat genom vårdkonsumtion i öppenvård, slutenvård samt för användning av läkemedel. Kalkylen inkluderar kostnader för samhället till följd av utebliven produktion när människor inte längre arbetar i samma utsträckning på grund av sjukdom. Beräkningen kan användas som underlag för att informera beslutsfattare om den ekonomiska omfattningen av ett hälsoproblem och om vilka ohälsoområden som lämpar sig för forskning [7].

I en sjukdomskostnadskalkyl delas kostnaderna upp i direkta och indirekta kostnader.<sup>1</sup> Kostnader som benämns som *direkta kostnader* inkluderar resurser som tas i anspråk på grund av sjukdomen i hälso- och sjukvården samt inom andra sektorer såsom kommunal omsorg inklusive patientens egen konsumtion till följd av sin sjukdom. Här ingår även konsumtion av läkemedel. Även så kallad informell vård som utövas av närstående till patienten inkluderas i direkta kostnader. Utöver direkta kostnader ger RA också upphov till förluster för samhället i form av minskad produktivitet, både i arbetslivet och på fritiden, genom tillfällig eller långvarig nedsättning i arbetsförmåga. I sjukdomskostnadskalkyler ingår detta i kostnadsposten *indirekta kostnader*. Att beräkna produktionsbortfallet på fritiden, av icke-marknadsarbete, är i de flesta kostnadsberäkningar mycket svårt och exkluderas därför oftast från kalkylen. Värdet av produktionsbortfall på arbetsmarknaden, av marknadsarbete, beräknas i den här rapporten enligt humankapitalmetoden. Humankapitalmetoden utgår från antagandet att inkomst reflekterar produktivitet vilket gör att produktionsbortfall värderas med genomsnittslönen. I praktiken använder studier vanligen den genomsnittliga marknadslönen inklusive arbetsgivaravgifter enligt lag och avtal för att värdera produktionsbortfallet. Denna lön viktas då även så att den speglar förväntat arbetskraftsdeltagande och förväntad arbetstid för en genomsnittlig person i den aktuella åldern [7].

---

<sup>1</sup> Det finns en tredje typ av kostnader som kan uppskattas till följd av sjukdomen, utöver resursförbrukning och produktionsbortfall, så kallade intangibla kostnader. Intangibla kostnader orsakas av t.ex. smärta och oro på grund av sjukdomen. En anledning till att intangibla kostnader oftast inte inkluderas i kalkylen är att det finns en stor osäkerhet i mätningen av dessa.



Den här sjukdomskostnadskalkylen har använt en prevalensansats med utgångspunkt i aggregerad statistik. Prevalensansats innebär att studien beräknar de totala kostnaderna under ett år för personer med sjukdomen. Vidare kombinerar studien ett top-down perspektiv med ett bottom-up perspektiv. Detta innebär att beräkningar dels har baserats på totalkostnader för exempelvis flera sjukdomar och därefter tillskrivits RA genom olika antaganden (top-down perspektiv), dels har baserats på data på individnivå som innebär summering av resursanvändning vid vårdtillfällen som specifikt har definierats som RA-relaterade (bottom-up perspektiv) [7].



## 3 Material

### 3.1 Prevalens

I Sverige beräknas cirka 0,5 till 1 procent av den vuxna befolkningen ha reumatoid artrit (ledgångsreumatism, RA) [1]. För år 2010 beräknade Eriksson och medförfattare [5] prevalensen till 0,7 procent vilket år 2014 motsvarar 53 578 personer. Insjuknande i sjukdomarna kan ske i alla åldrar men den högsta incidensen ligger mellan 45 och 65 år och sjukdomen är vanligare bland kvinnor än bland män [1].

### 3.2 Resursanvändning i sjukvården

I Sverige finns det uppgifter över patienter med RA i nationella administrativa register såsom Socialstyrelsens patientregister för slutenvård och öppen specialistvård, dödsorsaksregister och läkemedelsregister. I dagsläget saknas dock nationell statistik över resursanvändning i primärvården i Sverige. Tillgänglig publicerad statistik är även begränsad vad gäller läkemedelsanvändning och kostnader för detta, varför underlag för dessa beräkningar kommer att baseras på tidigare publicerade studier. Nedan följer en utförlig beskrivning av materialet som har använts för att beräkna de direkta kostnaderna som har uppstått i öppenvård, slutenvård samt av läkemedelskonsumtion.

#### Primärvård

Kostnaderna för resursutnyttjande till följd av RA i primärvård skattades utifrån en sekundär källa (eftersom nationell primärvårdsstatistik saknas). Inom ramen för kostnads-kalkylen gjordes en litteraturgenomgång av andra studier som har beräknat kostnaderna för RA patienter i primärvården. I andra studier har kostnader för primärvård ofta exkluderats eller skattats tillsammans med kostnader för den specialiserade öppenvården som i den här studien beräknas separat. I en studie av Jacobsson och medförfattare [8] användes uppgifter från en enkät som omfattade 613 RA patienter i Malmö för att beräkna kostnaderna för bl.a. primärvård år 2004. Totalt 245 besök till vårdcentral hade genomförts av patientgruppen, vilket innebär cirka 0,4 besök per år per patient. Denna uppgift har använts som antagande om resursutnyttjandet i primärvården av personer med RA år 2014.

#### Specialiserad öppenvård

Sjukvårdskostnaderna i specialiserad öppenvård baseras på resursutnyttjande i form av antalet vårdtillfällen registrerade i Socialstyrelsens patientregister för öppen specialistvård [9] samt i databasen för kostnad per patient (KPP) hos Sveriges Kommuner och Landsting



(SKL) [10] med huvuddiagnos M05 eller M06. Patientregistret omfattar samtliga läkarbesök inom den öppna specialistvården. Eftersom patientregistret inte inkluderar besök till andra yrkesgrupper, exempelvis besök hos sjuksköterska eller sjukgymnast, används uppgifter från KPP-databasen vad gäller antalet vårdtillfällen hos andra yrkesgrupper. För år 2014 samlade KPP-databasen in uppgifter från 15 landsting och har enligt SKL en genomsnittlig täckningsgrad motsvarande 55 procent för öppen specialistvård [11]. Mot bakgrund av detta har antalet vårdtillfällen registrerade i KPP-databasen justerats upp för att motsvara full täckningsgrad. Det saknas uppgifter om i vilken utsträckning täckningsgraden skiljer sig mellan besök till olika yrkesgrupper och vi har därför använt den genomsnittliga täckningsgraden i beräkningarna.

### **Slutenvård**

Resursutnyttjandet och sjukvårdskostnaderna för slutenvård beräknas på samma sätt som sjukvårdskostnaderna för läkarbesök inom den öppna specialistvården. Resursutnyttjandet baseras på antal vårdtillfällen registrerat i Socialstyrelsens patientregister inom slutenvården [12] med huvuddiagnos M05 eller M06. Socialstyrelsens patientregister inom slutenvården omfattar samtliga slutenvårdstillfällen i Sverige.

### **Kommunal vård och omsorg**

Kostnaderna för resursutnyttjande av kommunal vård och omsorg till följd av RA skattades utifrån en sekundär källa. I andra studier har kostnader för kommunal vård och omsorg ofta exkluderats. I en studie av Jacobsson och medförfattare [8] användes uppgifter från en enkät som omfattade 613 RA patienter i Malmö för att beräkna kostnaderna för bl.a. kommunal omsorg år 2004. Totalt 77 patienter uppgav att de tog del av kommunal vård och omsorg. Under antagande att patientgruppen som svarade på denna enkät reflekterar patientgruppen i sin helhet samt en prevalens om 0,7 procent innebär detta att cirka 6700 personer med RA tar del av kommunal vård och omsorg år 2014.

### **Läkemedel**

Baserat på en tidigare publicerad studie som beräknade läkemedelskostnader för RA patienter för år 2010 beräknas läkemedelskostnaderna för RA patienter år 2014 [5]. Den studien rapporterade läkemedelskostnader uppdelat på biologiska läkemedel och övriga läkemedel. Beräkningen baseras på antagandet om att prevalens och genomsnittlig läkemedelsförbrukning inte har förändrats mellan 2010 till 2014. Det saknas annan tillgänglig publicerad statistik av tillräcklig detaljeringsgrad för att kunna användas som primär datakälla för dessa beräkningar.



### 3.3 Produktionsbortfall

Under indirekta kostnader har studien sammanställt tillgängliga uppgifter över produktionsbortfall på grund av nedsatt arbetsförmåga.

#### Nedsatt arbetsförmåga

Uppgifter om sjukförsäkringsutnyttjandet på grund av RA har baserats på Försäkringskassans statistik. För den här studien används uppgifter från år 2014 för sjukpenning, rehabiliteringspenning och sjuk- och aktivitetsersättning. I Sverige får anställda sjuklön från arbetsgivaren de första 14 dagarna i en sjukskrivningsperiod och från den åttonde dagen skall den försäkrade styrka sjukdom med ett läkarintyg. Från dag 15 övergår ansvaret för sjukförsäkringen från arbetsgivaren till Försäkringskassan. I och med det registrerar Försäkringskassan endast fall med sjukpenning som överstiger 14 dagar. Vid beräkning av totalt produktionsbortfall har därför 14 dagar adderats till de dagar som Försäkringskassan betalat ut ersättning för. Frånvaro som är mindre än 15 dagar inkluderas inte i beräkningen, vilket innebär en underskattning av de totala kostnaderna av nedsatt arbetsförmåga till följd av RA. Individer kan få sjuk- och aktivitetsersättning för olika stor omfattning, motsvarande 25, 50, 75 eller 100 procent långvarig nedsättning i arbetsförmåga. Frånvaron har värderats baserat på omfattningens motsvarighet i viktade helår. Eftersom individer kan ändra sin omfattning av ersättning under ett år, innebär det att vissa individer under ett år kan inkluderas i fler än en kategori av omfattning i denna aggregerade data. Det kan innebära en överskattning av kostnaderna av nedsatt arbetsförmåga.

### 3.4 Priser

I den här studien har de samhällsekonomiska kostnaderna för RA beräknats för år 2014. I beräkningarna som baseras på kostnader beräknade för andra år har priserna justerats till 2014 års prisnivå baserat på konsumentprisindex (KPI) [13].

#### Primärvård

Totalkostnaden för resursutnyttjandet i primärvården av RA patienter år 2014 beräknades genom antagandet om en prevalens om 0,7 procent år 2014 och utifrån snittkostnaderna beräknade i en studie av Jacobsson och medförfattare [8]. I denna studie användes uppgifter från en enkät som omfattade 613 RA patienter i Malmö för att beräkna kostnaderna för bl.a. primärvård år 2004. Medelkostnaden per år per patient uppskattades till 1134 kronor, vilket innebär en kostnad om 2851 kronor per besök givet att antal besök till primärvården beräknades till 0,4 besök per patient och år i samma studie.



### Specialiserad öppenvård

Uppgifter om kostnaderna för vårdtillfällen i öppen specialistvård hämtades från databasen för kostnad per patient (KPP) hos Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) [10]. KPP-databasen innehåller statistik över kostnader per vårdtillfälle, antal vårdtillfällen och vård-dagar, och kan delas upp på typer av åtgärder enligt diagnosrelaterade grupper (DRG) eller, som i denna studie, på huvuddiagnoser. Samtliga sjukhus som ingår i KPP-databasen har beräknat sina kostnader med KPP-metoden (Kostnad Per Patient). Genom att använda sig av snittkostnaden för ett läkarbesök för en patient registrerad med huvuddiagnos M05 eller M06 i KPP-databasen och multiplicera detta med antalet läkarbesök registrerade i Socialstyrelsens patientregister, kan en totalkostnad för samtliga läkarbesök med dessa huvuddiagnoser beräknas. Totalkostnaden för besök till andra yrkeskategorier än läkare togs direkt från KPP-databasen. Enligt SKL har KPP-databasen en genomsnittlig täckningsgrad motsvarande 55 procent för öppen specialistvård [11] och mot bakgrund av detta justerades kostnaderna upp för att motsvara full täckningsgrad. Det saknas uppgifter om i vilken utsträckning täckningsgraden skiljer sig mellan besök till olika yrkesgrupper och vi har därför använt den genomsnittliga täckningsgraden i beräkningarna.

### Slutenvård

Baserat på antal vårdtillfällen registrerat i Socialstyrelsens patientregister inom slutenvården [12] med huvuddiagnos M05 eller M06 och snittkostnaden för ett vårdtillfälle inom slutenvården för någon av dessa diagnoser enligt KPP-databasen [11] beräknades total-kostnaden för slutenvården för RA patienter.

### Kommunal vård och omsorg

Totalkostnaden för resursutnyttjandet av kommunal vård och omsorg av RA patienter år 2014 beräknades genom antagandet om en prevalens om 0,7 procent år 2014 och utifrån snittkostnaderna beräknade i en studie av Jacobsson och medförfattare [8]. I denna studie användes uppgifter från en enkät som omfattade 613 RA patienter i Malmö för att beräkna kostnaderna för bl.a. primärvård år 2004. Medelkostnaden per år per patient för kommunal vård och omsorg uppskattades då till 11 393 kronor.

### Läkemedel

Kostnaderna för läkemedelsförbrukning baserades på en registerstudie med totalt 49 829 RA patienter i vilken kostnaderna för biologiska och icke-biologiska läkemedel per patient år 2010 uppgick till cirka 2006 EUR [5], cirka 27 229 SEK<sup>2</sup> per patient. Under antagande att priserna för läkemedel för RA inte har förändrats sedan år 2010 samt med en prevalens av RA på 0,7 procent innebär detta en totalkostnad på cirka 1,5 miljarder år 2014.

<sup>2</sup> Växelkurs 1 EUR = 9, 5413 SEK, genomsnitt för år 2010 [14].



Antagandet gjordes mot bakgrund av den årliga statistik över läkemedelsförsäljning som Socialstyrelsen redovisar som tyder på att försäljningsvolymen samt kostnader har ökat relativt proportionellt, med en indikation på att kostnadsökningen för biologiska läkemedel framförallt drivs av en ökad volym i försäljningen [15, 16].

### **Nedsatt arbetsförmåga**

Produktionsbortfall har värderats utifrån Statistiska centralbyråns lönestatistik över genomsnittlig månadslön för män (33 600 kronor) respektive kvinnor (29 200 kronor)[17]. Vidare inkluderades lagstadgade sociala avgifter och en genomsnittlig kostnad för avtalsförsäkringar för män och kvinnor i Sverige 2014<sup>3</sup> [18]. Värderingen justerades för arbetskraftsdeltagande. Vid värdering av produktionsbortfallet baserat på sjukpenningssutnyttjande prissattes frånvaro per kalenderdag mot bakgrund av att sjukpenning betalas per kalenderdag.

---

<sup>3</sup> Vid beräkningar användes genomsnittet av kostnaderna som anges av Ekonomifakta för arbetare respektive tjänstemän.





## 4 Resultat

Kostnaderna för reumatoid artrit presenteras i tabell 1. Totalt uppgick kostnaderna till 4,2 miljarder år 2014. Kostnadsfördelningen mellan direkta och indirekta kostnader framgår av figur 1.

**Tabell 1.** Kostnader för reumatoid artrit år 2014

Typ av resursanvändning	Antal enheter	Genomsnittlig enhetskostnad kronor	Total kostnad, miljoner kronor	Källa
<b>Sjukvårdskostnader</b>				
<b>Öppenvård</b>				
Primärvård	21 309	2 962	63 107 850	[8]
Specialiserad vård	145 861		601 821 763	[9, 10]
Läkarkontakt	91 981	4 904		
Annan vårdkontakt	53 880	2 798		
<b>Slutenvård</b>			110 334 195	
Vårdtillfällen	1 794	61 955		[10, 12]
<b>Kommunal vård och omsorg</b>				
Vårdtagare	6 697	11 834	634 027 984	[8]
<b>Läkemedel</b>				
Biologiska läkemedel		19 877	1 064 978 451	[5]
Andra läkemedel		8 406	450 350 475	
<b>Totala sjukvårdskostnader</b>			<b>2 924 620 718</b>	
<b>Icke-sjukvårdskostnader</b>				
<b>Produktionsbortfall</b>				
Nedsatt arbetsförmåga				[17-19]
Sjukpenning (antal ersatta dagar)	334 142	M: 1075 K: 869	M: 79 853 954 K: 225 864 295	
			305 718 249	
Sjuk- och aktivitetsersättning (antal personer, oviktade)	3 983	M: 392 489 K: 317 225	M: 203 407 211 K: 718 593 543	
			922 000 755	
<i>Totalt nedsatt arbetsförmåga (produktionsbortfall)</i>			<i>1 227 719 004</i>	
<b>Totala icke-sjukvårdskostnader</b>			<b>1 227 719 004</b>	
<b>Total ekonomisk börda</b>			<b>4 152 339 722</b>	



Direkta kostnader i form av sjukvård och kommunal omsorg svarade för 70 procent eller motsvarande 2,9 miljarder kronor. Indirekta kostnader i form av produktionsbortfall summerade till 1,2 miljarder kronor och 30 procent av den totala kostnaden. Inom de direkta kostnaderna utgjorde kostnaderna för läkemedel den största kostnadsposten. Kostnaderna för biologiska och icke-biologiska läkemedel uppgick till 1,5 miljarder motsvarande 36 procent av totalkostnaderna år 2014. Därmed utgjorde kostnaderna för läkemedel och produktionsbortfall nästan lika stora andelar av totalkostnaderna. Kostnaderna för primärvård utgjorde den minsta kostnadsposten av sjukvårdskostnaderna och uppgick till 2 procent av totalkostnaderna. Kostnadsfördelningen mellan olika poster inom direkta och indirekta kostnader framgår av figur 2.

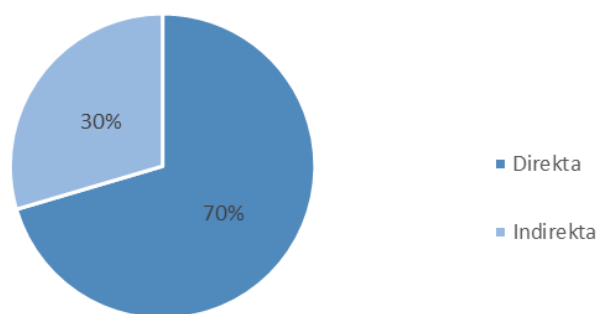
I Socialstyrelsens patientregister och i KPP-databasen delas kostnader för slutenvården upp efter huvuddiagnos. Tabell 2 visar antal personer, vårdtillfällen och vård dagar som har erhållit slutenvård på sjukhus fördelat efter huvuddiagnos. Tabellen visar att huvuddiagnos M05 Seropositiv reumatoid artrit stod för cirka 70 procent av det totala resursutnyttjandet. Sammanlagt hade Socialstyrelsens patientregister registrerat drygt 10 000 vård dagar för drygt 1 600 personer under huvuddiagnoserna M05 och M06 i slutenvården år 2014. För att skatta kostnaderna för RA på sjukhus i Sverige kombinerades statistiken från Socialstyrelsens patientregister med informationen i KPP-databasen. Medelkostnaden för en vård dag, som också presenteras i tabell 2, är relativt lika för de båda huvuddiagnoserna.

**Tabell 2.** Total vårdkostnad år 2014 för respektive huvuddiagnos inom slutenvården [10, 12].

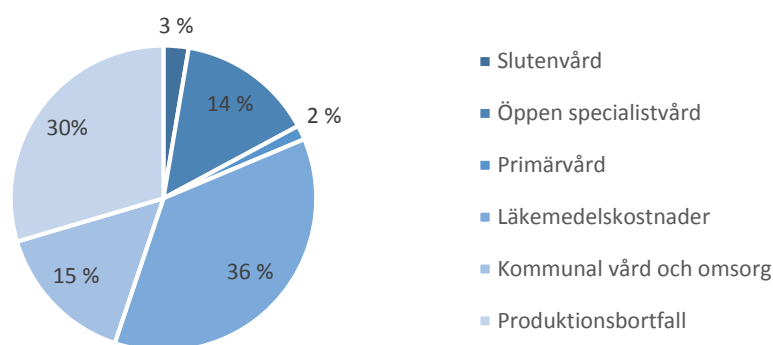
Huvuddiagnos	Personer	Vårdtillfällen	Vård dagar	Medel-	Total
				kostnad per vård- dag, kr	vårdkostnad, tusentals kronor vårdtillfälle- baserat
M05 Seropositiv reumatoid artrit	1 037 (67 %)	1 244 (69 %)	7 015 (71 %)	12 459	82 146 140
M06 Annan reumatoid artrit	516 (33 %)	550 (31 %)	2 931 (29 %)	10 459	28 188 055
<b>Totalt</b>	<b>1 553</b>	<b>1 794</b>	<b>9 946</b>		<b>110 334 195</b>

Statistiken för produktionsbortfall sammanställdes separat för män och kvinnor. De underliggande beräkningarna redovisas mer detaljerat i tabell B1 i rapportens bilaga. Kvinnor hade större kostnader för produktionsbortfall än män på grund av ett större uttag av både sjukpenning dagar och sjuk- och aktivitetsersättning. I tabell B1 presenteras uttag av sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning både för individer med RA och för riket som helhet.



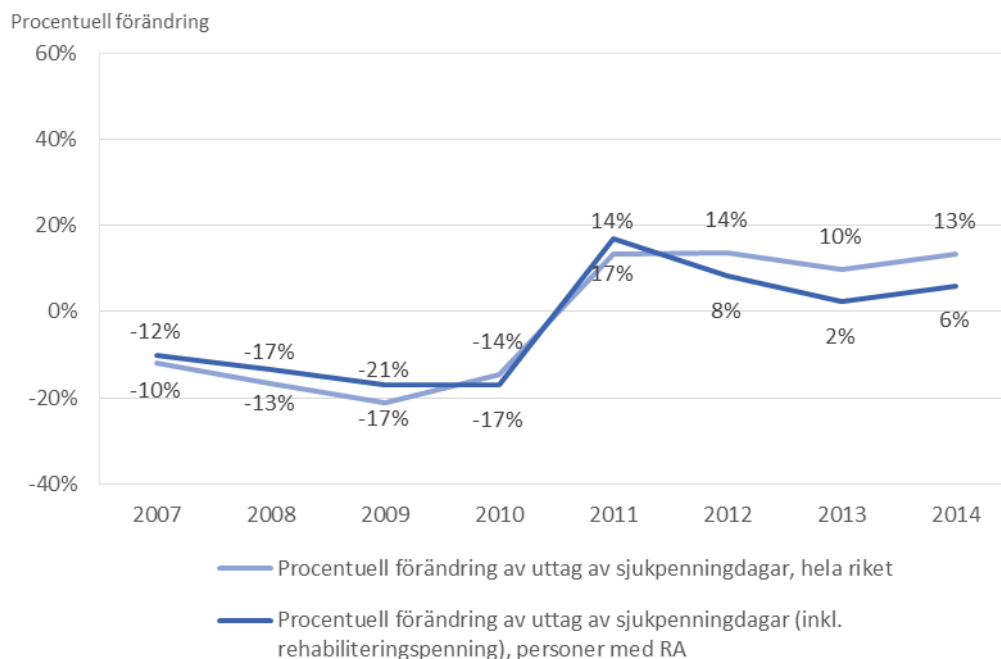


**Figur 1.** Kostnadsfördelningen mellan direkta och indirekta kostnader för reumatoid artrit i procent.  
Källa: Egna beräkningar.



**Figur 2.** Kostnadsfördelningen mellan olika kostnadsposter för reumatoid artrit i procent.  
Källa: Egna beräkningar.

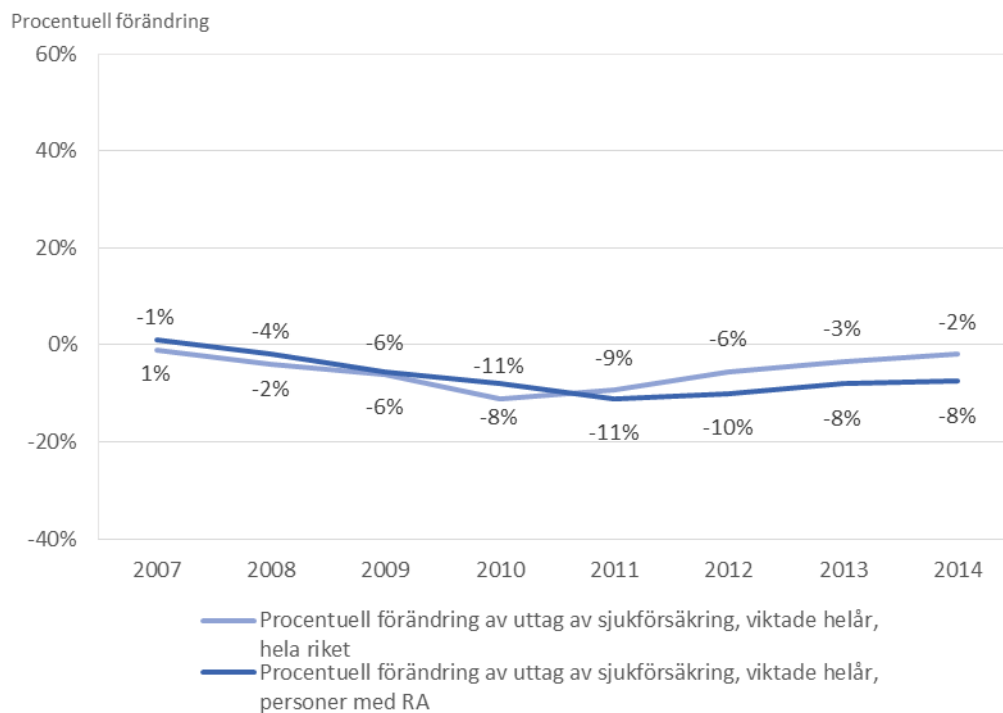
Denna typ av jämförelse har även gjorts över tid och presenteras i figur 3 mellan åren 2006 till 2014. Grafen visar utvecklingen över tid i uttag av sjukpenningdagar genom att presentera den procentuella förändringen år till år, för individer med RA respektive för riket som helhet. Grafen visar att sjuktalen har följts åt under perioden 2007 till 2011 då uttaget av sjukpenningdagar minskade för varje år både bland individer med RA samt i riket som helhet. Sedan 2010 har sjuktalen ökat med över 10 procent per år i Sverige men figur 3 visar att denna trend inte tycks drivas av sjuktalen för RA eftersom ökningen i denna patientgrupp är tydligt lägre (mellan år 2013 till 2014 ökade sjukpenninguttaget med 13 procent i hela riket samtidigt som sjukpenninguttaget för RA patienter ökade med 6 procent).



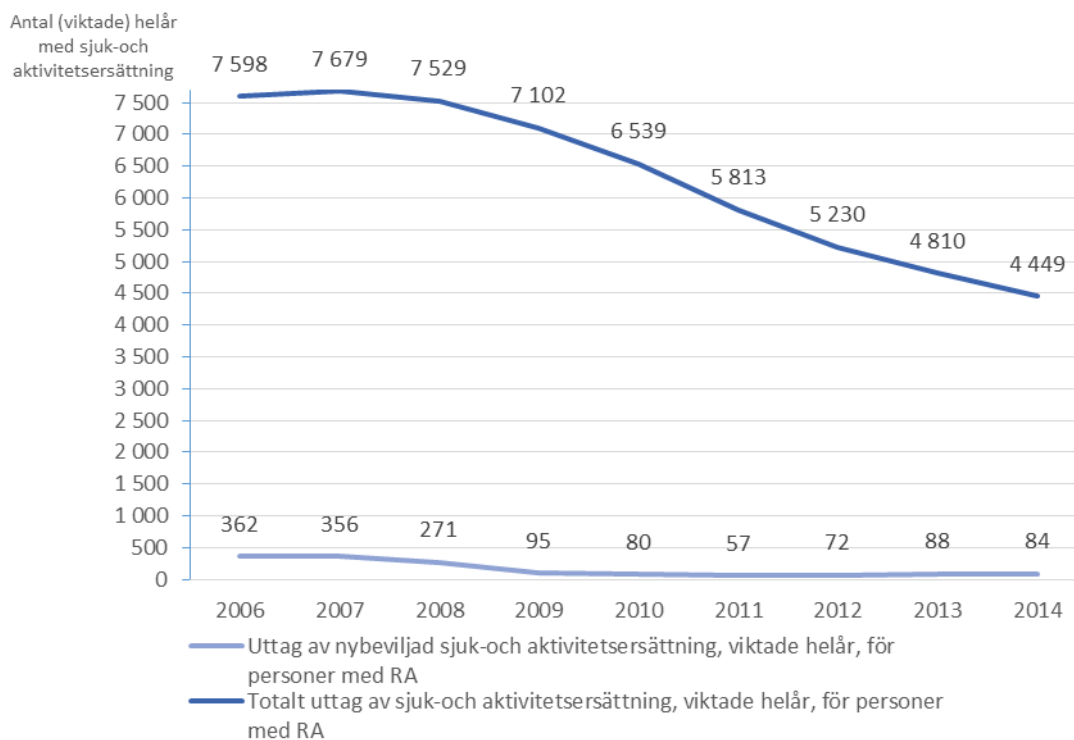
**Figur 3.** Förändring jämfört med föregående år i uttag av sjukpenningdagar för personer med reumatoid artrit i jämförelse med motsvarande resultat för alla försäkrade i Sverige år 2007 till år 2014. *Källa:* Försäkringskassan, egen sammanställning.

Figur 4 visar motsvarande förändring över tid för sjuk- och aktivitetsersättning. Grafen visar att uttag av sjuk- och aktivitetsersättning (mätt som viktad helårsomfattning) har minskat under perioden 2007 till 2014 både bland individer med RA samt i riket som helhet. Att fastställa orsaken till denna minskning ligger utanför ramen för den här studien men figur 5 visar att omfattningen av *nybeviljad* sjuk- och aktivitetsersättning också har minskat under perioden. Figur 5 visar att tillkomsten av personer som får sjuk- och aktivitetsersättning beviljat, mätt som antalet viktade helår av ersättning, uppgick till omkring 300 personår per år under perioden 2007-2008 (vilket motsvarar ett tillskott av 300 heltidsekvivalenta personer med full ersättning (100 procent) per år). Sedan 2009 och framåt har omfattningen av nybeviljad sjuk- och aktivitetsersättning minskat till en nivå motsvarande ett tillskott av omkring 80 personår per år.





**Figur 4.** Förändring jämfört med föregående år i uttag av sjuk- och aktivitetsersättning för personer med reumatoid artrit i jämförelse med motsvarande resultat för alla försäkrade i Sverige (viktade helår) år 2007 till år 2014. *Källa:* Försäkringskassan, egen sammanställning.



**Figur 5.** Utvecklingen över tid av totalt uttag av sjuk- och aktivitetsersättning samt nybeviljad sjuk- och aktivitetsersättning för personer med reumatoid artrit (viktade helår).

*Källa:* Försäkringskassan, egen sammanställning.



## 5 Diskussion

Vi beräknade de totala kostnaderna för RA till 4,2 miljarder kronor år 2014. Det är lägre än en tidigare skattning av Kalkan och medförfattare [4] som beräknade kostnaderna för RA till 5,7 miljarder kronor år 2010. Eriksson och medarbetare [5] beräknade medelkostnaderna för personer med RA under 65 år till 23 147 EUR och medelkostnaden för personer över 65 år till 6438 EUR. Baserat på deras population om 49 829 personer med RA innebär detta en kostnad om drygt 6,5 miljarder kronor för år 2010, vilket också är högre än resultatet i den här studien. Det finns flera möjliga orsaker till varför resultaten skiljer sig åt. I båda nämnda studierna utgjorde kostnaderna för produktionsbortfall den största kostnadsposten och mer än hälften av de totala kostnaderna (57 procent respektive 54 procent). I denna studie utgör dessa kostnader drygt 30 procent och det finns flera faktorer som kan leda till skillnader i resultat. En orsak kan vara att kostnaderna för produktionsbortfall till följd av RA har minskat sedan år 2010.

I denna studie inkluderas kostnader för sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning i kostnaden för arbetsnedsättning till följd av RA. Figur 3 visar att uttaget av totalt antal sjukpenningdagar har ökat mellan 2 till 17 procent per år sedan 2010 för befolkningen men att ökningstakten var lägre för personer med RA. Figur 4 visar däremot att uttaget av sjuk- och aktivitetsersättning (mätt som viktade helår) har minskat med omkring 10 procent per år sedan 2009. Mot bakgrund av att kostnaderna för sjuk- och aktivitetsersättning utgör den största delen av de totala kostnaderna för arbetsnedsättning (cirka 75 procent i denna studie) är det möjligt att denna minskning bidrar till en lägre andel kostnader för produktionsbortfall år 2014 jämfört med 2010.

Huruvida minskningen i sjuk- och aktivitetsersättning bland personer med RA är en följd av minskad sjuklighet, till exempel till följd av användning av biologiska läkemedel, går inte att svara på inom ramen för denna studie. Andra möjliga förklaringar till att uttaget av sjuk- och aktivitetsersättningen har minskat är förändrade regler för utbetalning av sjuk- och aktivitetsersättning eller att en större andel av (äldre) personer med RA än tidigare övergår till uttag av ålderspension istället för sjuk- och aktivitetsersättning. Samtidigt pekar resultaten i figur 5 på att en del av minskningen kan förklaras av att tillkomsten av personer med RA som får sjuk- och aktivitetsersättning beviljat har minskat under perioden 2006 till 2014.

I det följande stycket diskuterar vi andra, möjliga orsaker till att kostnadsskattningarna är lägre jämfört med tidigare studier utifrån skillnader i definitioner, datatillgång och beräkningsmetoder. Definitionen av RA i artikeln av Eriksson och medförfattare [5] skiljer



sig något från definitionen som har använts i denna studie i form av vilka diagnoskoder som har inkluderats i kostnadsberäkningen. I denna studie inkluderas två diagnoskoder, M05 och M06, vilka bland annat har använts i Socialstyrelsens rapport om utvärdering av nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar, vid sammanställning av vårdkonsumtion av personer med RA [19]. Eriksson och medförfattare använder sig av diagnoskod M05 och därutöver flera andra, varav några ingår i bl.a. M06 och M07.<sup>4</sup> Definitionen av RA som har använts av Kalkan och medförfattare [4] presenteras inte i detalj i artikeln. Det är möjligt att resursutnyttjandet skiljer sig åt beroende på vilka personer som ingår i patientgruppen och därmed kan förklara vissa kostnadsskillnader. För år 2010 var uttaget av sjukpenningdagar större för populationen i studien av Kalkan och medförfattare jämfört med populationen som motsvarar definitionen i denna studie, vilket skulle kunna förklara lägre kostnader för produktionsbortfall i denna studie.

I denna studie bygger skattningarna på Försäkringskassans registrering av diagnos för sjukfallet. Detta kan ses som en konservativ skattning av kostnader för produktionsbortfall vid RA eftersom skattningen inte inkluderar sjukfall på grund av samsjuklighet som registrerats under annan diagnos.<sup>5</sup> De två nämnda studierna använde delvis andra metoder för värderingen av produktionsbortfall. I studien av Kalkan och medförfattare [4] används antagandet att samtliga personer som har sjuk- och aktivitetsersättning får ersättning motsvarande 100 procent. Ingen av studierna [4, 5] justerar för förväntad sysselsättningsgrad utöver att Kalkan och medförfattare antar att fördelningen av hel- och deltidsarbete motsvarar fördelningen i riket som helhet. Sammantaget innebär dessa skillnader att värderingen av produktionsbortfallet blir lägre i denna studie. Korta sjukskrivningar under 14 dagar ingår inte i kostnadsberäkningen eftersom denna statistik saknas hos Försäkringskassan. Detta innebär att kostnaderna för produktionsbortfallet samtidigt underskattas. Huruvida dessa kostnader för korta sjukfall ingår i de två nämnda studierna framgår ej [4, 5].

Beräkningarna av läkemedelskostnaderna för RA år 2014 innehåller också osäkerhet. Beräkningarna i denna studie är baserade på Eriksson och medförfattares studie [5] som använde primärdata från Läkemedelsregistret samt Svensk Reumatologis Kvalitetsregister. Studien av Kalkan och medförfattare [4] beräknade de totala läkemedelskostnaderna för RA patienter till 1,8 miljarder, motsvarande cirka 37 000 kronor per patient. Justerat för 2014 års prisnivå samt en konservativ prevalens på 0,5 procent innebär detta en total-

---

<sup>4</sup> För en fullständig lista över vilka diagnoskoder som ingår i Eriksson och medförfattares studie [5], se den studiens Supplementary Appendix C [3].

<sup>5</sup> En alternativ ansats skulle vara att inkludera all registrering av sjukfrånvaro samt sjuk- och aktivitetsersättning som personer med RA har. En sådan strategi kan också överskatta kostnaden för en enskild sjukdom som i det här fallet RA om det kopplingen mellan RA och övriga orsaker till sjukfrånvaro är svag eller osäker.



kostnad på cirka 1,9 miljarder år 2014, vilket är högre än vad uträkningarna baserat på Eriksson och medförfattare är. I denna studie beräknades läkemedelskostnaderna till knappt 1,4 miljarder kronor.

Beräkningen av Kalkan och medförfattare [4] bygger på ett antagande om hur stor andel av de totala läkemedelskostnaderna som kan härledas till personer med RA och inte på individdata som i Eriksson och medförfattare [3]. I Socialstyrelsens rapport över läkemedelsstatistik för 2014 [16] publiceras kostnader för de tjugo läkemedelssubstanserna som utgör störst andel av totalkostnaderna för läkemedel i Sverige via recept samt inom slutenvård. Fyra av dessa läkemedel är biologiska läkemedel som är godkända för behandling av RA, men även för andra sjukdomar. Under samma antagande<sup>6</sup> som görs i studien av Kalkan och medförfattare [4] för 2014, kan läkemedelskostnaderna för dessa fyra läkemedel uppskattas till cirka 2,2 miljarder för RA patienter. Det innebär att denna skattning är högre än beräkningarna som har gjorts i denna rapport och som beräknades baserat på studien av Eriksson och medförfattare [5], trots att skattningen inte inkluderar samtliga biologiska läkemedel eller andra icke-biologiska läkemedel vilka ingick i beräkningarna i Eriksson och medförfattare (ibid). Dessa antaganden som indikerar en högre läkemedelskostnad användes i Kalkan och medförfattare [4] och det kan möjligtvis förklara varför läkemedelskostnaderna i studien av Kalkan och medförfattare uppskattades vara större än i Eriksson och medförfattare [5].

Denna studie underskattar de verkliga kostnaderna för RA också som en konsekvens av de avgränsningar som gjordes. Exempelvis tar personer med RA sannolikt hjälp av närstående för en del vardagliga göromål och har därför ett resursutnyttjande i form av informell vård. Sannolikt har även personer med RA en del privata utgifter för hjälpmedel till följd av sin sjukdom. Att inte inkludera dessa kostnader innebär en underskattning av kostnaderna.

Kostnadsskattningen inkluderar inte heller kostnaderna för förtida död. Länder såsom Danmark, Finland, Norge och Sverige rapporterar i jämförelse med andra länder högre antal dödsfall till följd av reumatoid artrit som bidragande orsak. En möjlig förklaring till detta är att dessa länder kännetecknas av en äldre befolkning [20]. Genom statistik från dödsorsaksregistret kan man också se att nästan samtliga dödsfall till följd av RA sker i ålder över 70 år. I Sverige registrerades år 2014 fem dödsfall av individer under 65 år till följd av RA. Det innebär att kostnaderna för produktionsbortfall som kan kopplas till förtida död är relativt sett begränsade för denna patientgrupp utifrån denna data. Samtidigt har en ökad dödlighet bland personer med reumatoid artrit påvisats, bl.a. orsakat av hjärt- och kärlsjukdom [1]. Om dessa dödsfall har registrerats som orsakat av hjärt-och kärlsjukdom

---

<sup>6</sup> RA patienter svarar för 80 procent av användningen av biologiska läkemedel, förutom rituximab vars förbrukning av RA patienter uppskattas till 35 procent [4].





och inte som dödsfall till följd av RA innebär det att kostnaderna till följd av förtida död för patientgruppen med RA kommer att underskattas genom denna beräkning.



## 6 Avslutande kommentar

Vi beräknade de totala kostnaderna för RA till 4,2 miljarder kronor år 2014. Vi beräknade att hälso- och sjukvårdskostnader på grund av RA uppgick till 2,9 miljarder år 2014. Kostnaden till följd av nedsatt arbetsförmåga var lägre och beräknades till 1,2 miljarder kronor. Genom en sammanställning av data från Försäkringskassan har denna rapport visat att kostnaden för produktionsbortfall till följd av varaktig nedsatt arbetsförmåga har minskat bland personer med RA de senaste åren, vilket sannolikt bidrar till dessa resultat.

Resultaten i denna studie pekar också på att det saknas kunskap utifrån svenska data i när-tid om resursanvändning av personer med RA inom bland annat kommunal omsorg och primärvård samt hur stor del av den vårdande bördan som bärs av närstående, så kallad informell vård. Mot bakgrund av bristen på data i kombination med pågående förändringar inom sjuklighet och arbetsnedsättning för personer med RA, är det angeläget med fler studier och fortsatt arbete för myndigheter och för forskare inom detta område.



## Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012: Osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit. Västerås: Edita Västra Aros; 2012 [Tillgänglig 2016-03-16]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-5-1>.
2. Olofsson T. Anti-TNF therapy in rheumatoid arthritis. Effects on and predictors of work disability [Doctoral dissertation]: Lund University; 2016.
3. Eriksson JK, Neovius M, Ernestam S, Lindblad S, Simard JF, Askling J. Incidence of rheumatoid arthritis in Sweden: a nationwide population-based assessment of incidence, its determinants, and treatment penetration. *Arthritis care & research*. 2013;65(6):870-8.
4. Kalkan A, Hallert E, Bernfort L, Husberg M, Carlsson P. Costs of rheumatoid arthritis during the period 1990-2010: a register-based cost-of-illness study in Sweden. *Rheumatology (Oxford, England)*. 2014;53(1):153-60.
5. Eriksson JK, Johansson K, Askling J, Neovius M. Costs for hospital care, drugs and lost work days in incident and prevalent rheumatoid arthritis: how large, and how are they distributed? *Ann Rheum Dis*. 2015;74(4):648-54.
6. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för dödsorsaker. 2014 [Tillgänglig: 2016-03-16]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>.
7. Tarricone R. Cost-of-illness analysis. What room in health economics? *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2006;77(1):51-63.
8. Jacobsson LT, Lindroth Y, Marsal L, Juran E, Bergstrom U, Kobelt G. Rheumatoid arthritis: what does it cost and what factors are driving those costs? Results of a survey in a community-derived population in Malmo, Sweden. *Scandinavian journal of rheumatology*. 2007;36(3):179-83.
9. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för diagnoser i öppenvård. 2014 [Tillgänglig: 2016-03-09]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserioppenvard>.
10. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). KPP-databasen 2014 [Tillgänglig: 2016-02-26]. Hämtad från: <https://stat.skl.se/kpp/index.htm>.
11. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). KPP-databasen. 2015 [Tillgänglig: 2016-03-17]. Hämtad från: <http://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/kostnadperpatientkpp/databaskpp.1079.html>.
12. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för diagnoser i slutenvård. 2014 [Tillgänglig: 2016-02-26]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard>.
13. Statistiska centralbyrån (SCB). Konsumentprisindex (1980=100), fastställda tal 2014 [Tillgänglig: 2016-03-10]. Hämtad från: [http://www.scb.se/sv/\\_Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Priser-och-konsumtion/Konsumentprisindex/Konsumentprisindex-KPI/33772/33779/Konsumentprisindex-KPI/272151/](http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Priser-och-konsumtion/Konsumentprisindex/Konsumentprisindex-KPI/33772/33779/Konsumentprisindex-KPI/272151/).



14. Riksbanken. Sök räntor och valutakurser 2010 [Tillgänglig: 2016-03-16]. Hämtad från: <http://www.riksbank.se/sv/Rantor-och-valutakurser/Sok-rantor-och-valutakurser/?g130-SEKEURPMI=on&from=2010-01-04&to=2010-12-30&f=Year&cAverage=Average&s=Comma>.
15. Socialstyrelsen. Läkemedel - statistik för år 2010. 2011. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-3-30>
16. Socialstyrelsen. Läkemedel - statistik för år 2014. 2015. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-3-17>
17. Statistiska centralbyrån (SCB). Genomsnittlig månadslön efter sektor 1992–2014 2014 [Tillgänglig: 2016-03-15]. Hämtad från: [http://www.scb.se/sv/\\_Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Arbetsmarknad/Loner-och-arbetskostnader/Lonestructurstatistik-hela-ekonomin/14367/14374/149087/](http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Arbetsmarknad/Loner-och-arbetskostnader/Lonestructurstatistik-hela-ekonomin/14367/14374/149087/).
18. Ekonomifakta. Sociala avgifter över tid 2014 [Tillgänglig: 2016-03-15]. Hämtad från: <http://www.ekonomifakta.se/Fakta/Skatter/Skatt-pa-arbete/Sociala-avgifter-over-tid/>.
19. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – Utvärdering – Vård vid rörelseorganens sjukdomar – Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Bilaga 2. Vårdkonsumtion och kostnader 2014 [Tillgänglig: 2016-03-16]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/2014-10-37-Bilaga2.pdf>.
20. Lundkvist J, Kastang F, Kobelt G. The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs. The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care. 2008;8 Suppl 2:S49-60.
21. Försäkringskassan. Sjukpenning och rehabiliteringspenning för reumatoid artrit (Diagnos M05 & M06). Analysdatabas MiDAS. 2016.



## Bilaga

**Tabell B1.** Produktionsbortfall där individen har erhållit sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning kvartal fyra år 2014 [17, 18, 21].

Typ av produktionsbortfall	Enheter	Värde <sup>7</sup>
		kronor
<b>Sjukpenning (antal fall)</b>		
Män	546	
Kvinnor totalt	2 177	
<b>Sjukpenning (totalt antal dagar)</b>		
Totalt antal sjukpenningdagar, brutto, hela riket	60 068 000	
Män (netto)	66 617	
Kvinnor (netto)	229 402	
<b>Summerat antal dagar med sjukpenning<sup>8</sup></b>		
Män	74 261	79 853 954
Kvinnor	259 880	225 864 295
<i>Totalt män och kvinnor</i>	<b>334 142</b>	<b>305 718 249</b>
<b>Sjuk- och aktivitetsersättning (antal personer)</b>		
Totalt antal personer, hela riket	354 828	
Män totalt, hela riket	147 425	
Varav individer med RA (0,2 %)	674	
med hel omfattning	399	156 602 947
Viktning övriga ersättningsnivåer (n= 275) <sup>9</sup>	119,25	46 804 264
Summerat produktionsbortfall män		<b>203 407 211</b>
Kvinnor totalt, hela riket	207 403	
Varav individer med RA (1 %)	3 309	
med hel omfattning	1518	481 547 290
Viktning övriga ersättningsnivåer (n=2265)	747	237 046 253
Summerat produktionsbortfall kvinnor		718 593 543
Totalt män och kvinnor (oviktat)	3983	
<i>Totalt män och kvinnor (viktat motsvarande helårsersättning)</i>	<i>2783,5</i>	<i>922 000 755</i>
<b>Totalt produktionsbortfall på grund av nedsatt arbetsförmåga</b>		<b>1 227 719 004</b>

<sup>7</sup> Humankapitalmetoden har använts för att värdera produktionsbortfall baserat på genomsnittlig månadslön för män (33 600 kr) respektive kvinnor (29 200 kr) för år 2014 samt tillägg för lagstadgade sociala avgifter och avtalsförsäkringar om 41,9 %, per kalenderdag som sjukpenning har mottagits för [17, 21].

<sup>8</sup> Registrerade fall med sjukpenning som översteg 14 dagar inklusive de första 14 dagarna som arbetsgivaren betalar ut sjuklönen. Frånvaro som är mindre än 15 dagar inkluderas inte i beräkningen.

<sup>9</sup> Viktning gjord för produktionsbortfall mellan olika ersättningsnivåer (100 %, 75 %, 50 % och 25 %). Samma metod har tillämpats för både män och kvinnor.





INSTITUTET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSEKONOMI  
[www.ihe.se](http://www.ihe.se)

