

Dags att subventionera rökning?*

Det vore sannolikt fel att påstå att den som röker belastar andra medborgare med pekuniära kostnader. Det vi vet idag talar snarast för motsatt slutsats, nämligen att rökarna till följd av sin för tidiga död subventionerar icke-rökarna genom socialförsäkringssystemet, hävdar Krister Hjalte och Carl Hampus Lyttkens. Detta bör man ha i minnet när man diskuterar förslaget till särskild tobakslag.

Tobaksutredningen har lagt fram ett förslag till en särskild tobakslag (SOU 1990:29). I *Svenska Dagbladet* kunde man läsa om remissvaren: " [förslagen att höja tobakspriset] lovordas [...] särskilt med tanke på samhällets kostnader för tobakens skadeverkningar".¹ Detta låter miss-tänkt likt ett argument som man ofta mött i samhällsdebatten, nämligen att rökare skulle ligga resten av samhället till last genom sin rökning och de därav följande sjukvårdskostnaderna. Mot detta kan man med Sven Rydenfelts ord hävda att "... två grupper [...] står i tacksamhets-skuld till rökarna – pensionärer och sjukhuspatienter. Genom att avlida i förtid tar rökarna i anspråk endast en bråkdel av det pensionskapital de under många arbetsår intjänat [...] och genom att snällt dra sina sista bloss innan de kommer upp i de åldrar som kräver tunga vårdinsatser sparar rökarna en massa resurser".²

I denna artikel studerar vi ett av problemen kring rökning: argumentet att rökare genom sin rökning skulle belasta resten av

samhället med kostnader. Enligt vår mening talar de vetenskapliga belägg som existerar snarast för motsatsen – rökarna verkar vara relativt sett billiga i drift. Till vår glädje har vi inte kunnat finna den föregivna kostnadsöverbilningen i Tobaksutredningens argumentering. Det finns trots detta en uppenbar risk att "rökningens samhällskostnader" fortsätter att figurera i debatten, vilket kan illustreras med följande citat: "Dessutom utgår förslagen [från Tobaksutredningen] om restriktioner från att tobaksbruk inte kan betraktas som en alldaglig vana eller som en privatsak, därför att vanan är hälsovådlig och därmed leder till ökade sjukvårdskostnader"³ (vår kursivering).

Vi kommer till att börja med att göra några förenklade antaganden. För det

* Agneta Kruse och Lars Söderström har bidragit med värdefulla synpunkter. Lyttkens tackar Rådet för hälso- och sjukvårdsforskning (HSF) för finansiellt stöd.

¹ *Svenska Dagbladet* 1990-10-14 i en artikel om remissvaren på Tobaksutredningen, där man följande citerar Landstingsförbundets remissvar.

² Sven Rydenfelt – föregångsman inom hälso- och sjukvårdsekonomin – i en artikel i *Svenska Dagbladet* 1988-04-17.

³ Utdrag ur protokoll fört vid sammanträde med Landstingsförbundets styrelse den 13 september 1990 i Stockholm, bilaga till Landstingsförbundet [1990].

Fil dr KRISTER HJALTE och fil dr CARL HAMPUS LYTTKENS är verksamma vid Nationalekonomiska institutionen vid Lunds universitet, Lyttkens dessutom vid Institutet för Ekonomisk Forskning.

första antar vi att problemet med passiv rökning är löst, så att ingen ofrivilligt drabbas av rök som hälsorisk eller obehagsmoment. För det andra antar vi att rökare är medvetna om de hälsorisker som rökningen medför. För det tredje bortser vi från rökningens beroendeframkallande egenskaper. Vi återkommer till samtliga dessa antaganden i den avslutande diskussionen. Tills vidare kan sålunda beslutet att röka uppfattas som rationellt och välfärdshöjande för individen.

Ursäktlig förvirring?

Vid olika tillfällen har man genomfört beräkningar av rökningens samhällsekonomiska kostnader. För den oinvidge kan det ligga nära till hands att uppfatta dessa kostnader som ett bevis på att rökare ligger samhället till last. Det kan också vara frestande att göra en jämförelse med de intäkter tobaksskatten ger. År 1980 var rökningens samhällsekonomiska kostnader ca 50 procent större än intäkterna från tobaksskatten.⁴ En sådan jämförelse säger emellertid inget om huruvida rökarna belastar resten av samhället med extra kostnader.

Den samhällsekonomiska kostnaden beräknas i dessa sammanhang som summan av direkta och indirekta kostnader. Med direkta kostnader avses i första hand sjukvårdskostnader. Indirekta kostnader (nu och i framtiden) utgörs av produktionsbortfall till följd av sjukdom och för tidig död. Produktionsbortfall låter ju bra – det är ett mått på hur den totala tillgången på varor och tjänster i ekonomin påverkas – men det är i bästa fall en god approximation av de relevanta välfärdsförändringarna. När någon blir sjuk inträffar ju en hel del annat än att vederbörande inte deltar i marknadsproduktionen. De indirekta kostnaderna kan därför både överskatta och underskatta välfärdsförlusten. Slutligen kan man naturligtvis beräkna det produktionsbortfall som är

förknippat med förlorade levnadsår, men det finns inget som talar för att den välfärdsförlust en individ drabbas av genom att dö ett år för tidigt skulle motsvaras av den lön han gått miste om. Av dessa skäl vore det önskvärt att ekonomer tydligare klargjorde det begränsade värdet av produktionsbortfall som välfärdsåtgång, och helst använde det mera sparsamt. Risken är annars stor att beräkningarna missförstås och används felaktigt.

För vår frågeställning är situationen tämligen enkel. Vi har antagit att rökare är informerade om riskerna med rökning. Den som väljer att röka har med sitt val då visat att värdet av rökningen överstiger kostnaderna för densamma, där minskad förväntad livslängd är den del av de kostnader individen tar hänsyn till.⁵

Ett försäkringsperspektiv

Individer kan genom sitt eget beteende på många olika sätt påverka risken för att drabbas av ohälsa. Eftersom sjukvården huvudsakligen finansieras skattevägen (sjukförsäkringsavgift, landstingsskatt, statlig skatt) har den enskilde (nästan) inga pekuniära incitament att undvika farliga aktiviteter. Skattefinansieringen innebär dessutom att farliga aktiviteter i princip subventioneras. Av effektivitets-

⁴ De samhällsekonomiska kostnaderna var 4,6 miljarder kr år 1980 (Hjalte [1984]) medan intäkterna från tobaksskatten var omkring 3 miljarder kr år 1982 (Hjalte & Lindgren [1984]). Av de samhällsekonomiska kostnaderna svarade direkta kostnader (sjukvårdskostnader) bara för en liten del, vilket är ett vanligt resultat (Stoddart m fl [1986]).

⁵ Naturligtvis kan man tänka sig att släkt och vänner drabbas av välfärdsförluster om en anhörig dör i förtid, och att rökare inte helt tar hänsyn till detta i sin kalkyl. Det är emellertid synnerligen optimistiskt att tro att ett offentligt organ kan ha en rimlig uppfattning om storleken på sådana välfärdsförluster, och de utgör därför inte något bra argument för offentliga ingripanden.

skäl kan det därför vara aktuellt att försöka begränsa omfattningen av farliga aktiviteter. Man kan t ex göra det dyrare att ägna sig åt dem genom att beskatta dem. Detta skulle kunna gälla rökning, men naturligtvis också slalomåkning, motorcykelåkning, farliga arbetsmiljöer mm. En sådan skatt skulle dessutom lösa problemet att det kan uppfattas som orättvist att de som ägnar sig åt farliga aktiviteter belastar andra med sina (höga) sjukvårdskostnader.

I fallet med rökning är det emellertid inte relevant att bara studera kostnaderna för att vårda rökarna i deras rökningssituation, vilket påpekades i *Ekonomisk Debatt* av Hjalte & Lindgren [1985]. Den relevanta frågan är ju vilka sjukvårdskostnader vi skulle fått för denne individ om han inte rökt. Därvid måste man betrakta sjukvårdskostnaderna i ett livscykelperspektiv och ta hänsyn både till vilka sjukdomar icke-rökaren drabbas av och till skillnader i förväntad livslängd mellan rökare och icke-rökare. Man måste vidare vara medveten om att rökare som grupp skiljer sig systematiskt från icke-rökare på flera viktiga punkter. Rökarnas sjukvårdsutnyttjande måste därför särskiljas från sjukvårdsutnyttjande som enbart beror på rökning. I annat fall kommer man att överskatta rökningens effekter på sjukvårdsutnyttjandet (Leu & Schaub [1983], Stoddart m fl [1986]). De enda som såvitt vi vet behandlat denna fråga empiriskt är Leu & Schaub [1983, 1985]. Dessa författare fann att *rökare har lägre sjukvårdskostnader än andra* sett över livscykeln – inte högre. Vi återkommer strax till dessa beräkningar.

Med en försäkringsansats finns det ingen anledning att stanna vid sjukvårdsförsäkringen. I stället bör man inkludera hela socialförsäkringssystemet i kalkylen. Av särskilt intresse är då ålderspensionerna, eftersom rökning leder till förändringar i förväntad livslängd. Enkelt uttryckt, den som ägnar sig åt en aktivitet

som sänker hans eller hennes förväntade livslängd bör betala en lägre försäkringspremie till pensionsförsäkringen. Även skillnader i utnyttjande av andra delar av socialförsäkringen bör inkluderas, när vi studerar om rökarna bör betala extra höga eller reducerade avgifter. Det gäller t ex sjukpenning och förtidspension.

Empiriska förhållanden

Den frågeställning vi vill belysa är alltså följande. Antag att vi tycker det vore meningsfullt att differentiera de obligatoriska offentliga försäkringarna med avseende på försäkringstagarnas riskbeteende. Bör i så fall det faktum att en individ väljer att vara rökare meritera vederbörande för höjda eller sänkta försäkringspremier?

Vi börjar med försäkringen för *sjukvårdsutgifter*. Man bör då tänka sig att en offentlig försäkringsgivare tar ut en fast årlig premie under en individs hela (vuxna) liv. Denna årspremie beräknas på förväntad vårdkostnad för individen (högre kostnad – högre premie) och på antalet förväntade inbetalningar från individen (färre inbetalningar, dvs kortare liv – högre premie).

Leu & Schaub [1983, 1985] använder ett dylikt helhetsperspektiv på rökarnas och icke-rökarnas kostnader, för att studera om det förekommer implicita transfereringar mellan rökare och icke-rökare i Schweiz. De jämförde de förväntade livslånga bidragen till finansieringen av sjukvården (som skatter, sjukförsäkringar och patientavgifter) med de förväntade livslånga utgifterna för sjukvården för grupperna rökare och icke-rökare. Beräkningarna avsåg 35 år gamla män. Resultaten visade att rökarnas förväntade sjukvårdskostnader per capita under livet var omkring 10 procent lägre än icke-rökarnas.

Detta resultat förklaras för det första av att även om rökarna har högre sjukvårdskostnader för vissa sjukdomar så lever rö-

karna i genomsnitt flera år kortare, varför sjukvårdskostnader i slutet av livet faller bort. Detta kostnadsbortfall kompenseras mer än väl de högre kostnaderna rökarna har tidigare i livet sett ur ett livslångt perspektiv. För det andra rapporterar Leu & Schaub [1985] att rökarna (allt annat lika) även under sin livstid har ungefär samma sjukvårdskonsumtion som icke-rökarna. Vad gäller de förväntade bidragen till finansieringen av sjukvården fann författarna visserligen att rökarnas bidrag var lägre än motsvarande för icke-rökarna, men jämför man de förväntade utgifterna med de förväntade bidragen för de bägge grupperna, finner man att dessa bägge belopp var ungefärligen lika för rökarna medan icke-rökarna förväntades betala in klart mindre än sina förväntade utgifter.⁶ Det synes således föreligga en finansiell extern effekt för sjukvårdskostnader mellan rökare och icke-rökare, men det är icke-rökarna som medför externa kostnader för rökarna och inte tvärt om som många skulle förledas tro.

De redovisade resultaten gäller för schweiziska förhållanden och någon motsvarande beräkning för Sverige existerar inte. Det finns dock ingenting som talar för att förhållandena skulle vara radikalt annorlunda i Sverige. Resultatet antyder sålunda att rökare snarare borde få sin försäkringsavgift sänkt än höjd.

Då återstår resten av socialförsäkringssystemet. Med hjälp av uppgifter om hur många dödsfall som förorsakades av rökning kan vi skaffa oss en grov indikation på hur rökning påverkar *ålderspensionssystemet*. En sådan beräkning för både kvinnor och män återfinns i Hjalte [1984] för dödsfall i röningsbetingade sjukdomar. 1980 avled nästan 7 000 personer på grund av sin rökning, vilket ledde till att 102 000 levnadsår förlorades, varav 23 500 produktiva arbetsår. Detta innebar för ålderspensionernas del att pensioner för 78 500 år inte behövde betalas ut. Vi har beräknat nuvärdet av dessa inbesparade

pensioner, mätt i årsinkomster. Vi har därvid förutsatt att pensionen i genomsnitt svarar mot 65 procent av årsinkomsten och har tagit hänsyn till i vilken ålder de olika dödsfallen inträffade (4 procent diskonteringsränta). Våra beräkningar visar att nuvärdet av dessa inbesparade pensionsår uppgår till ca 35 000 årsinkomster.

Denna besparing i pensionssystemet skall justeras för minskade förväntade inbetalningar pga att vissa dör redan före 65 års ålder. Med en avgiftssats på 20 procent av årsinkomsten innebär de förlorade 23 500 arbetsåren att nuvärdet av förväntade inbetalningar sjunker med 3 000 årsinkomster.

Den totala besparingen för ålderspensionssystemet till följd av de röningsorsakade dödsfallen uppgick sålunda till 32 000 årsinkomster år 1980. Mot detta skall sedan ställas det överutnyttjande rönningen kan tänkas generera i andra socialförsäkringar.

Man kan tex spekulera i att rökning skulle kunna vara orsak till samma andel av *förtidspensioneringar* och *korttidssjukskrivningar* som av mortaliteten. Antalet förtidspensioner 1980 till följd av rökning blir med detta antagande 970 (Hjalte [1984]), vilket motsvarade ca 5 500 förlorade produktiva arbetsår. Antalet sjukpenningdagar uppskattades till ca 9 miljoner. Nuvärdet av ökningen i utbetalade förtidspensioner blir då 3 500 årsinkomster, medan merutgiften för sjukpenningar blir 22 000 årsinkomster.⁷ Detta motsvarar i så fall bara en del av besparingen i ålderspensionen.

⁶ Detta gäller för rökarna i genomsnitt. Skillnader föreligger om vi tar hänsyn till hur mycket man röker. Måttliga rökare täckte inte sina förväntade utgifter medan storörkare bidrog med finansieringen av sjukvårdsutgifterna för resten av (den vuxna) befolkningen.

⁷ Ersättningsnivån antas vara 75 procent av inkomsten för förtidspensioner och 90 procent av inkomsten för sjukpenning.

Till följd av sin överdödlighet kan rökare väntas ha ett visst överutnyttjande av *efterlevandepensioner*. Av dessa har barnpensioner ganska ringa omfattning (totalutgift 163 miljoner 1980), och detsamma kommer att gälla pension efter make/maka med de nya pensionsregler som är under införande. Slutligen är det känt att rökarens barn är oftare sjuka än andras. Rökare bör därför vara flitigare utnyttjare av *föräldrapenning* för tillfällig vård av barn (totalutgift ca 450 miljoner 1980).

Sammanfattningsvis vet vi att rökarna genom sin rökning genererar en betydande besparing i ålderspensionen. Vi håller det för osannolikt att denna besparing kan uppvägas av överkonsumtion i andra socialförsäkringar.⁸ Materialet är dock alltför osäkert för att tillåta säkra slutsatser. Under inga omständigheter torde en eventuell kostnadsökning i socialförsäkringarna till följd av rökning kunna komma i närheten av intäkterna från tobaksskatten. Denna skatt gav år 1980 omkring 3 miljarder i intäkt – motsvarande kanske 30 000 årsinkomster.

För eventuella framtida studier förtjänar det återigen att påpekas att rökare som grupp skiljer sig från icke-rökare även när det gäller annat än rökning. Det går därför tex inte att bara jämföra sjukskrivningsfrekvens bland rökare och icke-rökare, eftersom skillnaden inte bara beror på rökning. Vidare är resultatet uppenbarligen känsligt för de kompensationsregler som för ögonblicket gäller i försäkringarna. Antag tex att rökning leder till överutnyttjande av korttidssjuk-skrivningar i bagatellåkommer. Graden av detta kommer då att vara starkt beroende av förekomsten av karensdagar, som ju kan väntas sänka denna del av korttidsfrånvaron.

Diskussion

Vi har alltså kunnat konstatera att rökare torde ha lägre förväntade sjukvårdskostnader än icke-rökare. De har också lägre

förväntade pensionsutbetalningar, men högre förväntade utbetalningar för förtidspension, sjukpenning, efterlevandepension och föräldrapenning. Enligt vår mening talar det mesta för att rökare snarast borde betala lägre försäkringspremier än icke-rökare. Om de enda problemen med rökning vore rökarnas egen sjukdom och för tidiga död skulle detta eventuellt kunna peka mot en subventionering av rökning i stället för den tobaksskatt vi har idag, genom vilken rökarna bidrar med mer än 5 miljarder till statskassan.

Vi gjorde i inledningen några väsentliga antaganden. För det första antog vi att problemet med passiv rökning och därmed förknippade obehag inte existerade. Detta är inte sant idag. Denna externa effekt skulle ännu så länge kunna motivera en extraskatt på tobak. Emellertid verkar vi röra oss med icke obetydlig hastighet mot en situation där ofrivillig kontakt med cigarettrök o dyl inte längre förekommer.

För det andra antog vi att rökning inte är beroendeframkallande, vilket uppenbarligen inte är sant. Möjligen skulle man inte behöva uppfatta detta som något problem, under förutsättning att individerna är medvetna om det kommande beroendet när de väljer att börja röka.⁹ Detta för oss till vårt tredje antagande, nämligen att rökare är informerade om de hälsorisker rökning medför. Vi får kontinuerligt åtskillig information om rökningens hälsorisker. Trots detta är uppenbarligen (?)

⁸ Denna slutsats strider mot resultatet i Leu & Schaub [1984], där man fann att rökning ledde till ökade försäkringskostnader totalt sett. I sistnämnda kalkyl ingår dock det märkliga resultatet att rökningen skulle belasta *ålderspensionen* med ökade kostnader.

⁹ Ekonomisk teori i sin nuvarande utformning är inte väl ägnad att behandla situationer där konsumtion är beroendeframkallande, leder till preferensförskjutningar, och underminerar antaganden om konsumenters fria val.

inte alla rökare välinformerade. Bl a kan noteras att många börjar röka i ung ålder, samt att den som börjat röka antagligen har en stark tendens att medvetet välja bort information som indikerar att rökning är farligt och att det tidigare beslutet alltså skulle varit oklokt (Akerlof & Dickens [1982]).

Detta innebär inte att man nödvändigtvis bör ingripa för att skydda rökarna mot sig själva. Det leder nämligen vidare till det olösta problemet om hur pass välinformerade individer skall behöva vara för att få fatta sina egna beslut. Vi fattar ständigt beslut i situationer där vi inte är fullständigt informerade och förvisso gör vi misstag ibland. Flera av dessa beslut påverkar våra liv tämligen genomgripande: val av livspartner, barnalstring, val av utbildning, arbete och bostad etc. Flera av dessa beslut påverkar också vår förväntade hälsa: val av arbete, hobbies, diet mm. Förekomsten av ofullständig information vid individuella beslut av stor betydelse kan – enligt vår mening – inte utan vidare motivera paternalistiska ingripanden. Frågan är i stället om rökare är "tillräckligt informerade" för att utan inblandning få välja att bli rökare.

Tobaksutredningen konstaterar i sitt yttrande: "Det står numera klart att tobaksbruket utgör ett allvarligt hot mot folkhälsan och att det inte kan betraktas som en alldaglig konsumtionsvana eller en privatsak" (SOU 1990:29, s 9 och 95). Man drar också slutsatsen att allehanda åtgärder för att minska tobaksbruket är motiverade. I långa stycken är vi beredda att hålla med Tobaksutredningen. Rökning och annat tobaksbruk kan inte utan vidare betraktas som välöverlagda val av informerade konsumenter. Informationen om hälsorisker är inte fullständig och rökning är vanebildande. Situationen försvåras av att rökdebuten – och därmed i större eller mindre grad själva rökbeslutet – ofta fattas av personer som inte uppnått myndig ålder.

Å andra sidan får man intrycket att ut-

redningen betraktar en ökning av folkhälsan som något definitionsmässigt gott, utan att t ex diskutera alternativ där mindre folkhälsa kompenseras av andra värden. Detsamma verkar gälla Landstingsförbundet och Socialstyrelsen i deras respektive remissvar.¹⁰ Vår utgångspunkt är i stället att det är individernas egna preferenser som skall vara avgörande när man diskuterar välfärdseffekterna av olika alternativ eller åtgärder. Individer fattar ständigt beslut där man gör avvägningar mellan sin hälsa och annat man eftersträvar, t ex när man höjer hastigheten vid bilkörning. Vi ser det som välfärdshöjande att individer själva får fatta dylika beslut i enlighet med sina egna preferenser, åtminstone så länge ingen annan drabbas.

Tobaksutredningens inställning illustreras kanske bäst av att vi inte kunnat finna någon hänsyftning på de välfärdsluster som kan komma att drabba de rökare som inte vill sluta röka. Sådana förluster är att vänta om man följer utredningens förslag att kraftigt höja skatten på tobak. När man diskuterar om rökarna själva kommer att vinna på restriktioner mot rökning måste man både ta hänsyn till rökningens positiva och dess negativa effekter. De som inte röker spar pengar och minskar sin sjukdomsrisk. Det är emellertid ett rimligt antagande att rökning ger ett stort antal rökare positiva upplevelser, som kommer att utebli om de tvingas sluta röka p g a prishöjningar. Om rökning inte varit beroendeframkallande, och hälsoriskerna varit välkända, så hade de positiva effekterna definitionsmässigt övervägt nackdelarna för rökarna – de hade fått ett reducerat konsumentöverskott till följd av restriktioner mot rökning (Hjalte & Lindgren [1984, 1985]). Med beroendeframkallandet och ofullständig information är situationen natur-

¹⁰ Se Landstingsförbundet [1990] och Socialstyrelsen [1990].

ligtvis långt mera komplicerad. Dock bör man påpeka att det faktum att en person inte kan sluta röka inte innebär att hans välfärd med nödvändighet skulle öka om han tvingas upphöra med sin konsumtion.

I detta sammanhang bör också påpekas att "rökningen är mest utbredd bland grupper med kort utbildning och låg inkomst" (SOU 1990:29, s 32). Det innebär att tobaksskatten är en regressiv skatt. I åtminstone den mån som rökning kan betraktas som en frivillig aktivitet innebär således tobaksskatten en välfärdsöverföring från fattiga till rika i samhället.¹¹

Sammanfattningsvis kan vi konstatera: så snart problemet med passiv rökning är löst, finns det för närvarande inga skäl att belasta rökare med extra skatter utifrån argumentet att de skulle ligga resten av samhället till last. Tvärtom är rökarna sannolikt billigare än andra medborgare. Om någon i det läget skall skyddas måste det vara rökarna själva, vilket i så fall bör motiveras med utgångspunkt i informationsproblem och tobakens beroende-framkallande egenskaper.

Referenser

- Akerlof, G A & Dickens, W T, [1982], "The Economic Consequences of Cognitive Dissonance". *The American Economic Review*, vol 72, s 307-319.
- Hjalte, K, [1984], "Rökningens effekter och kostnader i Sverige 1980. En prevalensstudie". IHE meddelande 1984:4.
- Hjalte, K & Lindgren, B, [1984], "Rökning och ekonomisk analys". IHE meddelande 1984:6.
- Hjalte, K & Lindgren, B, [1985], "Vad kostar tobaksbrukets skadeverkningar". *Ekonomisk Debatt*, årg 13, nr 2, s 125-133.
- Landstingsförbundet [1990], Förbundsstyrelsens remissyttrande 1990-09-13 på Betänkandet (SOU 1990:29) Tobakslag.
- Leu, R E & Schaub, T, [1983], "Does Smoking Increase Medical Care Expenditure?". *Social Science and Medicine*, vol 17, s 1907-1914.
- Leu, R E & Schaub, T, [1984], "Economic Aspects of Smoking". *Effective Health Care*, vol 2, s 111-122.
- Leu, R E & Schaub, T, [1985], "More on the Impact of Smoking on Medical Care Expenditures". *Social Science and Medicine*, vol 21, s 825-827.
- Socialstyrelsen [1990], Dnr 312-3767/90, skrivelse 1990-09-28 till Socialdepartementet angående Betänkandet (SOU 1990:29) Tobakslag.
- SOU 1990:29, *Tobakslag*. Betänkande av tobaksutredningen.
- Stoddart, G L mfl, [1986], "Tobacco Taxes and Health Care Costs. Do Canadian Smokers Pay their Way?". *Journal of Health Economics*, vol 5, s 63-80.
- Viscusi, W K, [1983], *Risk by Choice. Regulating Health and Safety in the Workplace*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.

¹¹ Det kan här finnas skal att påminna om ett problem som observerats i anslutning till arbetsmiljöfrågor. Om politiker och andra beslutsfattare har högre inkomst än de som påverkas av ett beslut, och följer sina egna preferenser i stället för värderingarna hos dem som utsätts för beslutet, så finns en risk att man lägger säkerhet o dyl på en alltför hög nivå, eftersom betalningsviljan för säkerhet stiger med inkomsten (Viscusi [1983, s 51-52]). Detta är naturligtvis extra relevant när åtgärder riktas mot låginkomstgrupper.