



Kommittédirektiv

Effektivare folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser

Beslut vid regeringssammanträde den 8 februari 2024

Sammanfattning

En särskild utredare ska lämna ändamålsenliga förslag på hur nuvarande uppföljningssystem av folkhälsopolitiken kan vidareutvecklas genom att kompletteras med hälsoekonomiska analyser. Syftet är att kunna följa utvecklingen av samhällets kostnader för påverkbara riskfaktorer för ohälsa samt att kunna utvärdera större satsningar inom folkhälsopolitiken och kunna påvisa nyttan av dessa för både den enskilde och samhället. Vidare omfattar uppdraget att utvärdera alkoholpolitikens olika styrmedel i förhållande till det folkhälsopolitiska målet om att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar.

Utredaren ska bl.a.

- analysera och föreslå ett ändamålsenligt komplement till folkhälsopolitikens uppföljningssystem genom hälsoekonomiska analyser,
- analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, föreslå hur förutsättningar kan skapas för en långsiktig och jämförbar uppföljning av och prognoser över samhällskostnader för påverkbara riskfaktorer för ohälsa och hälsoekonomiska utvärderingar, och
- utvärdera effekterna av alkoholpolitikens olika styrmedel och bedöma hur väl dessa har uppfyllt sitt syfte.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 oktober 2025.

Hälsa går att främja och ohälsa kan förebyggas

Målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (dvs. till år 2048). Av Folkhälso-myndighetens rapport *Folkhälsan i Sverige 2023* framgår att hälsan i befolkningen generellt sett är god, men att den inte är jämlik och att den skiljer sig åt både inom och mellan olika grupper. Om hälsan i befolkningen fortsätter att utvecklas i nuvarande takt, kommer det folkhälsopolitiska målet inte att uppnås. Ohälsa kan orsaka lidande för den enskilda personen och i värsta fall bidra till förtida död. Omfattande ohälsa i befolkningen kan bidra till ökade samhällskostnader, t.ex. till följd av minskat arbetsutbud och ett större behov av hälso- och sjukvård eller ekonomisk ersättning vid sjukskrivning. Av en rapport från Forska Sverige framgår att år 2020 uppgick de offentliga kostnaderna för hälso- och sjukvård till cirka 573 miljarder kronor, vilket motsvarade 11 procent av bruttonationalprodukten (BNP). Enligt en rapport från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) var de indirekta kostnaderna för sjukdom i Sverige (produktionsbortfall till följd av sjukfrånvaro och förtida död) 367 miljarder 2017.

Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys står personer med kronisk sjukdom för 80–85 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna (rapport 2018:3). Det är en stor del av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård, och kroniska sjukdomar kan påverka livet i stor utsträckning för dem som berörs. Många av vanligt förekommande kroniska sjukdomar påverkas av våra levnadsvanor. Hälften av alla kvinnor och två tredjedelar av alla män har minst en ohälsosam levnadsvana. Ohälsosamma levnadsvanor är bl.a. tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet. Denna typ av ohälsosamma levnadsvanor utgör riskfaktorer för flera av vår tids stora folksjukdomar, t.ex. hjärt-kärlsjukdom, cancer och typ 2-diabetes. Ohälsosamma levnadsvanor bidrar till cirka en femtedel av den samlade sjukdomsördan i Sverige. Dessa levnadsvanor och hälsobeteenden påverkas i hög grad av de levnadsförhållanden, livsvillkor och miljöer som människor lever i.

Att hälsa påverkas av såväl levnadsvanor som de livsvillkor och miljöer som människor lever i tydliggörs bl.a. genom de åtta målområden som finns inom det folkhälsopolitiska ramverket. Målområdena är: det tidiga livets villkor; kunskaper, kompetenser och utbildning; arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö; inkomster och försörjningsmöjligheter; boende och närmiljö;

levnadsvanor; kontroll, inflytande och delaktighet samt en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Det finns ett starkt samband mellan t.ex. sysselsättning och hälsa. Ohälsa påverkar en persons arbetsförmåga och kan leda till arbetslöshet eller långvarig sjukskrivning, samtidigt som en person som inte har en sysselsättning riskerar ohälsa. Utöver levnadsvanor finns det således andra faktorer som påverkar hälsa och ohälsa i befolkningen och som kan antas vara påverkbara. Tillsammans utgör de hälsans bestämningsfaktorer.

Vidare tydliggör målområdena att tvärspektoriell samverkan krävs mellan aktörer på bl.a. nationell, regional och lokal nivå. Regionerna ansvarar bl.a. för hälso- och sjukvården, som har en viktig förebyggande och hälsofrämjande roll. En stor del av folkhälsoarbetet sker också inom kommunerna där utformningen av exempelvis socialtjänst, skola, förskola och boende- och fritidsmiljöer har stor betydelse för hälsan och möjligheten att utjämna de påverkbara hälsoklyftorna i befolkningen. Därtill har ett stort antal andra aktörer, utöver de offentliga aktörerna, viktiga roller inom ramen för folkhälsopolitiken såsom privata aktörer, ideella organisationer och föreningar samt enskilda personer.

Hälsan är ojämlikt fördelad men hälsofrämjande insatser kan minska ojämlikheten

I dag förekommer det systematiska skillnader i hälsa mellan olika socio-ekonomiska grupper (dvs. skillnader mellan yrkeskategorier, utbildningsnivåer och inkomstnivåer). Men det finns också ojämlikhet i hälsa mellan andra grupper, t.ex. män och kvinnor, inrikes födda och utrikes födda, åldersgrupper och mellan personer som bor i olika delar av landet. Det finns därutöver vissa samhällsgrupper som på grund av särskild utsatthet kan ha ett sämre hälsoutfall, det gäller t.ex. etniska grupper, personer med funktionsnedsättningar, nationella minoritetsgrupper och grupper av hbtqi-personer.

Ojämlikhet i hälsa kan betraktas som ett samhällsproblem. Ojämlikhet i hälsa kan mätas på en mängd olika sätt. Absolut ojämlikhet handlar om skillnader mellan grupper i fråga om hur många personer som är drabbade och ger en bild av hälsan och ohälsans omfattning i olika grupper. Relativ ojämlikhet beskriver hur många gånger större förekomsten av hälsa och ohälsa är i en grupp jämfört med i en annan och ger en bild av ojämlikheten mellan grupper utan att ta hänsyn till det faktiska antalet individer med olika

tillstånd. När den totala sjukdomsördan minskar i samhället, minskar ofta även den absoluta ojämlikheten, medan den relativa ojämlikheten kan minska, vara konstant eller öka. Enligt Folkhälsomyndighetens rapport "Folkhälsan i Sverige 2023" finns det inga tecken på en minskad relativ ojämlikhet i hälsa.

Skattemedel ska användas på ett effektivt sätt som ger största möjliga värde för medborgarna. Insatser för att främja hälsa och att förebygga ohälsa kan bidra till både minskad ojämlikhet i hälsa och att ohälsa och sjukdom i hela befolkningen minskar. Det skulle kunna innebära att kostnader för samhället till följd av ohälsa kan minska, t.ex. inom hälso- och sjukvården eller socialförsäkringssystemet. I delbetänkandet Det handlar om jämlik hälsa (SOU 2016:55) förs det fram att systematiska hälsoskillnader mellan olika sociala grupper i princip är påverkbara. Enligt utredningen kan det tolkas som att flera av de faktorer som bidrar till hälsoskillnaderna i samhället i någon mån är påverkbara. De insatser som vidtas för att påverka hälsa i positiv riktning behöver vara både ändamålsenliga och kostnadseffektiva.

Uppdraget att föreslå ett komplement till folkhälsopolitikens uppföljningssystem genom hälsoekonomiska analyser

Hälsan i befolkningen kan förbättras och bli mer jämlik genom insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Samtidigt är samhällets resurser begränsade. Det innebär att prioriteringar behöver göras mellan olika insatser. En förutsättning för att kunna prioritera mellan olika insatser när resurserna är begränsade är kunskap om vilka insatser som ger störst samhällsnytta. För att kunna genomföra ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser inom folkhälsoområdet bedömer regeringen att systemet för uppföljning av folkhälsopolitiken behöver kompletteras med ett hälsoekonomiskt ramverk. Hälsoekonomiska analyser kan indikera var man får störst måluppfyllelse per satsad krona.

Folkhälsomyndigheten är nationell kunskapsmyndighet med uppdraget att verka för en förbättrad folkhälsa, och myndigheten tillhandahåller en stödstruktur för att stödja det statliga folkhälsoarbetet. Vidare har myndigheten identifierat kärnindikatorer: trettio indikatorer för att följa de åtta folkhälsopolitiska målområdena och fem indikatorer som sammanfattar de fysiska och psykiska hälsotillstånden. Dessa indikatorer belyser förutsättningarna för en god och jämlik hälsa i befolkningen och olika hälsoutfall samt möjliggör att hälsotillståndet i befolkningen kan

sammanfattas och arbetet mot det övergripande folkhälsopolitiska målet kan följas upp. Uppföljningen presenteras årligen i en rapport av myndigheten.

Det hälsoekonomiska ramverket är avsett att komplettera det befintliga folkhälsopolitiska ramverket med underlag för prioriteringar genom olika typer av analyser:

- deskriptiva analyser som ger en nulägesbild av de övergripande samhällskostnaderna för olika påverkbara riskfaktorer för ohälsa,
- hälsoekonomiska utvärderingar av genomförda folkhälsoinsatser, och
- prognoser över utvecklingen av de övergripande samhällskostnaderna för olika påverkbara riskfaktorer för ohälsa.

I dessa analyser bör skillnader mellan samhällsgrupper baserade på exempelvis kön, ålder, socioekonomisk position, boendeort och härkomst beaktas. Vidare bör det i analyserna beaktas att förbättrad hälsa i befolkningen generellt och minskad ojämlikhet i hälsa inte alltid uppnås genom samma insats.

Sammantaget bedömer regeringen att ett hälsoekonomiskt ramverk kan leda till mer kostnadseffektiva och träffsäkra folkhälsoinsatser som bidrar till att förbättra befolkningens hälsa och till att hälsoklyftorna i samhället på sikt minskar. För att kunna göra sådana analyser krävs även tillgång till relevanta och högkvalitativa data. Beräkningar av samhällskostnader för olika påverkbara riskfaktorer förutsätter tillgång till olika typer av uppgifter, exempelvis uppgifter om förekomsten av en viss riskfaktor i befolkningen, uppgifter om vilka sjukdomar som orsakas av riskfaktorn och om de totala samhällskostnaderna för dessa sjukdomar. Om skillnader mellan samhällsgrupper ska kunna redovisas, behövs dessutom data som kan särredovisas för grupperna, t.ex. olika förekomst av riskfaktorn, olika behandlingarkostnader och olika kostnader för produktionsbortfall. För att göra det möjligt att utvärdera specifika folkhälsoinsatser krävs ytterligare uppgifter om t.ex. insatsernas kostnad och uppskattade hälsoeffekt.

Utredaren ska därför

- analysera och lämna förslag på hur nuvarande system för uppföljning av folkhälsopolitiken kan kompletteras med ett hälsoekonomiskt ramverk för att kunna beskriva och analysera samhällskostnaderna för olika

påverkbara riskfaktorer för ohälsa samt genomföra hälsoekonomiska utvärderingar av folkhälsopolitiska insatser,

- analysera och redogöra för vilka data som behövs för att kunna genomföra analyserna,
- kartlägga och redogöra för om och hur de data som behövs samlas in på nationell nivå i dag, och om de inte samlas in föreslå hur de skulle kunna samlas in på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt med hänsyn tagen till myndigheters och regioners administrativa börda,
- om det bedöms lämpligt, genomföra en så kallad nollmätning av de samhällsekonomiska kostnaderna inom ett eller flera områden som kan vara en utgångspunkt för jämförelse med kommande analyser, och
- kartlägga vilka hälsoekonomiska utvärderingar som kan behövas framgent för att kunna utvärdera olika folkhälsopolitiska insatser och redovisa förslag på en vägledande inriktning för kommande studier.

I uppdraget ingår inte att analysera frågor om offentlighet och sekretess och personuppgiftsbehandling eller att lämna författningsförslag.

Uppdraget att föreslå uppföljning av samhällskostnader för påverkbara riskfaktorer för ohälsa samt hälsoekonomiska utvärderingar

Folkhälsomyndigheten ansvarar för den samlade uppföljningen av befolkningens hälsa och faktorer som påverkar denna samt för sektorsövergripande uppföljning av utvecklingen av folkhälsans bestämningsfaktorer med utgångspunkt i folkhälsopolitikens målområden. Vidare ska myndigheten bidra till utvecklingen av hälsoekonomisk metodik inom folkhälsoområdet.

Vissa analyser av samhällets kostnader för ohälsa genomförs i dagsläget av olika aktörer. På grund av skillnader i bl.a. genomförande förekommer det ofta stora skillnader mellan analysernas utfall. Att olika metoder kan medföra olika resultat är en grundläggande del av vetenskapliga processen och inte nödvändigtvis ett problem. Men analyser som i så hög grad som möjligt är jämförbara gör både tolkningen av nulägesbilden enklare och är en förutsättning för att kunna analysera hur utvecklingen sett ut över tid och varför. Ett exempel gäller fetma, där Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket 2017 rapporterade att den totala årliga kostnaden för fetma uppgår till 70 miljarder kronor. Uppgiften baserades på beräkningar i en rapport från Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) från 2011 samt på en justering av prevalensen av fetma för 2017 till drygt en miljon

personer i åldrarna 16–84 år. IHE beräknade dock samhällskostnaderna för fetma i en rapport 2018 och estimerade i stället dessa till 25 miljarder kronor per år. Exemplet tydliggör behovet av förutsättningar för en långsiktighet i valet av analysmetoder och ett aktivt deltagande i det mer övergripande vetenskapliga samtalet om olika perspektiv på och metoder för att studera samhällets kostnader för ohälsa och riskfaktorer för ohälsa.

Hälsoekonomiska utvärderingar av olika folkhälsopolitiska insatser genomförs i dagsläget framför allt vid universitet och högskolor och i viss mån av Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndighetens publicerade utvärderingar är huvudsakligen inriktade på olika typer av vaccinationsinsatser. Myndigheten publicerade dock en litteraturöversikt över hälsoekonomiska utvärderingar av svenska och utländska insatser inom ANDTS-området (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar) 2020. I rapporten konstateras att det behövs ”fler hälsoekonomiska utvärderingar som är utförda i Sverige, för att beslutsfattare, samordnare och andra aktörer inom ANDTS-området ska få mer konkret vägledning om kostnadseffektiviteten i det förebyggande arbetet”.

Sammantaget ser regeringen att det kan finnas ett behov av en samlad kompetens för långsiktig uppföljning av och prognoser över samhällskostnader för påverkbara riskfaktorer för ohälsa, samt hälsoekonomisk utvärdering av insatser på folkhälsoområdet.

Utredaren ska därför

- analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, föreslå hur förutsättningar kan skapas för en långsiktig och jämförbar uppföljning av och prognoser över samhällskostnader för påverkbara riskfaktorer för ohälsa samt hälsoekonomiska utvärderingar,
- analysera och föreslå vilken eller vilka myndigheter som är lämpliga för en sådan uppgift,
- analysera och föreslå hur samordning och samverkan ska ske med berörda myndigheter och övriga aktörer, och
- analysera och föreslå hur hälsoekonomisk utvärdering av folkhälsoinsatser samt långsiktig och jämförbar uppföljning av och prognoser över samhällskostnader för påverkbara riskfaktorer för ohälsa löpande kan kommuniceras till olika samhällsaktörer på ett lättillgängligt och målgruppsanpassat sätt.

Vid bedömningen av vilken eller vilka myndigheter som är lämpliga för dessa uppgifter ska följande särskilt beaktas: behovet av kunskap om hälsoekonomiska analyser, att uppgiften ska vara förenlig med befintliga uppgifter och uppdrag och att det ska finnas förutsättningar för att arbeta långsiktigt och uthålligt med uppgiften. Vidare ska förslagen ha sin utgångspunkt i regeringens förvaltningspolitiska inriktning. Det innebär bl.a. att myndighetsformen bör vara huvudregel för statlig verksamhet och att nya uppgifter i första hand ska utföras av befintliga myndigheter.

Uppdraget att utvärdera alkoholpolitikens olika styrmedel

Alkoholkonsumtionens skadlighet, om vilken kunskapen ökar i takt med ökad forskning på området, har i Sverige ansetts vara en samhällsfråga och är en anledning till att Sveriges riksdag har antagit det alkoholpolitiska målet att främja folkhälsan genom att minska alkoholens medicinska och sociala skador. I praktiken har detta omsatts till bl.a. ett mål om att minska totalkonsumtionen av alkohol. Vidare har den svenska alkoholpolitiken som utgångspunkt att tillgängligheten till alkohol har betydelse för utvecklingen av totalkonsumtionen och för alkoholskadornas omfattning. Ett centralt instrument i alkoholpolitiken är således detaljhandelsmonopolet för alkoholdrycker, som bl.a. innebär att staten genom Systembolaget AB kan begränsa tillgängligheten till alkohol genom butiksetableringar, öppettider och ålderskontroller. Den ekonomiska tillgängligheten begränsas genom skatter och Systembolagets prissättningsmodeller. Sverige har också valt att införa särskilda regler för restauranger och barer om hur och när samt till vilka personer alkoholdrycker får serveras samt restriktioner för hur alkoholdrycker får marknadsföras.

Under 2021 var den totala alkoholkonsumtionen i Sverige 8,67 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Det motsvarar en minskning om cirka 18 procent sedan år 2004, då konsumtionen var som högst (CAN rapport 212). Nedgången kan förklaras av att alkoholvanorna ändrats under de senaste åren så att volymen alkohol per tillfälle minskat (CAN rapport 186). Samtidigt har, enligt Folkhälsomyndigheten, antalet stadigvarande serveringstillstånd ökat under samma period, både i absoluta tal och per capita, och den ekonomiska tillgängligheten till alkohol har i stort sett varit oförändrad. Även Systembolagets tillgänglighetsbegränsningar i form av öppettider och åldersgränser har varit oförändrade under den aktuella perioden.

Riksdagen har tillkännagett för regeringen att en bred och gedigen utvärdering av alkoholpolitiken behövs för att söka svar på hur effektiva politikens olika styrmedel är och hur dessa sammantaget fungerar samt i vilken utsträckning de alkoholpolitiska målen nås (bet. 2021/22:SoU10 punkt 2, rskr. 2021/22:150). En sådan utvärdering bör ske bl.a. mot bakgrund av att alkoholkonsumtionen minskat sedan 2004, utan att tillgängligheten till alkohol har begränsats och att forskningen om alkoholens skadeverkningar utvecklas. I fokus för en sådan utvärdering bör dels olika aspekter av detaljhandelsmonopolet, dels alkoholskatten stå, eftersom dessa är två helt centrala verktyg i nuvarande politik. En sådan utvärdering är grundläggande för möjligheten att utveckla alkoholpolitiken utifrån flera perspektiv.

Utredaren ska därför

- undersöka och utvärdera effekterna av alkoholpolitikens olika styrmedel ur ett folkhälsopolitiskt och samhällsekonomiskt perspektiv, och
- bedöma hur effektiva dessa styrmedel är samt hur väl de har uppfyllt sitt syfte, som är att uppnå det alkoholpolitiska målet om att främja folkhälsan genom att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska utöver vad som följer av kommittéförordningen (1998:1474) belysa de kortsiktiga och långsiktiga konsekvenserna av de förslag som lämnas samt bedöma förslagets konsekvenser för barn och unga, män och kvinnor. Utredaren ska göra en samhällsekonomisk analys av problem och syfte samt analysera de samhällsekonomiska effekterna av olika alternativ, och beakta detta i de förslag som läggs. Omfattningen av dessa analyser ska anpassas efter förslagets karaktär och de bör kvantifieras i den mån och i de delar det är möjligt. Om förslagen kan förväntas leda till kostnadsökningar för det allmänna, ska utredaren föreslå hur dessa ska finansieras.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren samverka med berörda myndigheter. Utredaren ska vidare föra dialog med Sveriges Kommuner och Regioner, kommuner och regioner samt med andra aktörer som är relevanta för uppdragets genomförande. Utredaren ska hålla sig informerad om och

beakta relevant arbete som bedrivs inom utredningsväsendet och på berörda myndigheter. Utredaren ska också hålla sig informerad om och ta hänsyn till relevant arbete som pågår inom Regeringskansliet, myndigheter och kommittéväsendet samt till Sveriges internationella åtaganden, bl.a. inom ramen för Världshälsoorganisationen (WHO).

Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 oktober 2025.

(Socialdepartementet)