

Förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken

Del I: Effektivare folkhälsoinsatser
genom hälsoekonomiska analyser

*Betänkande av Utredningen om
förstärkt uppföljning och utvärdering
av folkhälsopolitiken*

Stockholm 2026



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2026:7

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Åtta45

Tryck och remisshantering: Åtta45, Stockholm 2026

ISBN 978-91-525-1463-4 (tryck)

ISBN 978-91-525-1464-1 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Jakob Forssmed

Den 8 februari 2024 beslutade regeringen att tillsätta utredningen *Effektivare folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser* (dir. 2024:21). Samma dag förordnades Agneta Karlsson, generaldirektör vid Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, till särskild utredare.

Utredningens syfte har varit att lämna förslag på förutsättningar för ett hälsoekonomiskt ramverk som stärker uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken. Uppdraget har även omfattat att utvärdera alkoholpolitikens styrmedel med fokus på alkoholskatten och detaljhandelsmonopolet. Under arbetets gång ändrades utredningens namn till *Förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken*.

Den 16 maj 2024 utsågs följande personer till experter i utredningen: departementssekreterarna Paula Ericson, Jenni Lundh, Hanna Hultin och Jenny Jans, avdelningscheferna Anna Bessö och Josefin P. Jonsson, medicinskt sakkunnig Per Lytsy, utredarna Nils Janlöv, Fredrik Holstein och Mimmi Åström, handläggare Filippa Myrbäck, chefsekonom Douglas Lundin, professor Kristian Bolin samt filosofie doktor Björn Trolldal.

Som sekreterare i utredningen tillsattes filosofie doktor Hanna Mühlrad den 1 maj 2024 och utredare Anne-Marie Lindström den 20 maj 2024. Maria Renström, tidigare alkoholpolitisk expert vid WHO, anställdes 9 september som sekreterare på deltid, och den 1 februari 2025 tillsattes medicine doktor Ellen Wolff som sekreterare på deltid. Den 11 augusti 2025 entledigades medicine doktor Mimmi Åström som expert och utsågs till sekreterare. Samma dag

utsågs Maria Silfverschiöld till expert. Anne-Marie Lindström entledigades som sekreterare den 22 augusti 2025.

Den särskilda utredaren överlämnar härmed sitt betänkande *Förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken* (SOU 2026:7). Uppdraget är därmed slutfört.

Stockholm i januari 2026

Agneta Karlsson

Hanna Mühlrad
Mimmi Åström
Ellen Wolff
Maria Renström

Innehåll

Sammanfattning	17
1 Inledning	27
1.1 Utredningens uppdrag	27
1.2 Utredningens metoder och arbete	28
1.2.1 Rapporter och andra underlag	28
1.2.2 Enkäter	29
1.2.3 Dialoger, hearings, seminarier och konferenser	29
1.3 Betänkandets struktur	30
1.3.1 Bakgrund	30
1.3.2 Resultat från kartläggningar	31
1.3.3 Analys och överväganden	31
1.3.4 Förslag	31
2 Hur kan hälsoekonomi bidra till mer effektiv folkhälsopolitik?	33
2.1 Vad är hälsoekonomi och varför behövs det?	34
2.2 Utredningens syn på nyttan med hälsoekonomiska analyser på folkhälsoområdet	37
2.3 Behovet av ekonomiska analyser på folkhälsoområdet har uppmärksammats alltmer	38
2.4 Utmaningar med att tillämpa hälsoekonomiska analyser på folkhälsoområdet	40
2.4.1 Att formulera frågeställningen och välja jämförelsealternativ	40

2.4.2	Behovet av mått för hälsoeffekter	41
2.4.3	Utmaningar med att utvärdera effekter av folkhälsoinsatser	41
2.4.4	Betydelsen av datatillgång och samordning.....	42
2.4.5	Värdering av framtida hälsa	42
2.4.6	Avsaknad av etiska principer på folkhälsoområdet.....	43
2.4.7	Betydelsen av samordning och kunskapspridning	44
2.5	Exempel på metodologiska utmaningar vid utvärdering av folkhälsoinsatser	45
3	Utredningens perspektiv, tolkning av begrepp och val av terminologi	47
3.1	Utredningens tolkning av begreppen hälsa, folkhälsa, folkhälsoarbete och folkhälsoinsats	47
3.1.1	Vad är hälsa?	47
3.1.2	Vad är folkhälsa?	48
3.1.3	Vad innebär ett förebyggande och hälsofrämjande folkhälsoarbete?	49
3.1.4	Vad innebär en folkhälsoinsats?	51
3.2	Utredningens syn på begreppen utvärdering, analys och uppföljning.....	53
3.3	Vårt val av terminologi avseende utvärderings- och analysmetoder inom folkhälsoområdet.....	54
4	Utgångspunkter, angreppssätt och avgränsningar för utredningens arbete.....	57
4.1	Utredningens angreppssätt är brett – i likhet med folkhälsopolitiken.....	57
4.2	Hälsoekonomiskt ramverk på folkhälsoområdet: syfte, innehåll och målgrupp.....	58
4.2.1	Syften och ändamål	58
4.2.2	Ramverkets innehåll.....	58
4.2.3	Ramverkets målgrupper	59

4.3	Samhällsperspektivet som utgångspunkt i de ekonomiska analyserna	59
4.4	Utredningens syn på vad som bör utvärderas och när.....	60
4.5	Utredningens kartläggning av kommuners och regioners behov av ekonomiska analyser och metodstöd.....	63
4.5.1	Behov och förutsättningar bland regionerna	64
4.5.2	Behov och förutsättningar bland kommuner.....	65
4.6	Övriga avgränsningar	67
5	Den svenska folkhälsopolitiken: åtaganden och viktiga aktörer.....	69
5.1	Internationella åtaganden	69
5.1.1	Förenta nationerna och Världshälsoorganisationen	70
5.1.2	Europeiska unionen.....	71
5.1.3	Nordiska ministerrådet	72
5.2	Utveckling av folkhälsopolitiken i Sverige från 1970-talet tills i dag	72
5.2.1	Synen på folkhälsa har ändrats genom åren vilket reflekteras i Sveriges folkhälsopolitik	72
5.2.2	Regeringens proposition <i>God och jämlik hälsa</i>	73
5.3	Viktiga aktörer för det svenska folkhälsoarbetet	78
5.3.1	Folkhälsomyndigheten.....	78
5.3.2	Andra statliga myndigheter.....	82
5.3.3	Regionerna	83
5.3.4	Kommunerna	84
5.3.5	Civilsamhället	84
5.3.6	Närings- och arbetslivet.....	85
6	Hälsa ur ett nationalekonomiskt perspektiv	87
6.1	Hälsa som humankapital	87
6.2	Hur kan effekter på hälsa mätas och varför är det viktigt?.....	88

6.3	Nationalekonomiska metoder tillämpade på hälsoområdet.....	90
6.3.1	Ekonomiska utvärderingar och ekonomiska analyser	90
6.3.2	Effektutvärdering.....	93
6.4	Hur mycket är samhället villigt att betala för liv och hälsa?	94
7	Ekonomiska analyser i folkhälsoarbetet – aktörer på olika nivåer och internationell utblick	97
7.1	Kartläggning av ekonomiska analyser inom folkhälsoområdet.....	97
7.1.1	Folkhälsomyndigheten	100
7.1.2	SBU.....	107
7.1.3	TLV.....	108
7.1.4	Socialstyrelsen	109
7.1.5	HTA Sydost	110
7.1.6	HTA-centrum Västra Götaland.....	111
7.1.7	Region Stockholm.....	112
7.1.8	Ekonomiska analyser inom akademien, exempel från forskargruppen HEPER vid Göteborgs universitet	113
7.1.9	RISE Research Institutes of Sweden.....	114
7.1.10	Trafikverket.....	115
7.1.11	Trafikanalys	116
7.2	Internationell utblick – exempel från Norge	117
7.2.1	Den norska folkhälsolagen	117
7.2.2	I Norge finns ett tvärsektorielt ramverk för samhällsekonomiska analyser	119
7.2.3	Vägledande dokument och riktlinjer kring ekonomiska analyser på hälsoområdet.....	121
7.2.4	Prioriteringsprinciper för folkhälsoinsatser	122
8	Vilka data behövs för att genomföra och utveckla hälsoekonomiska analyser?	125
8.1.1	Olika typer av data och datakällor för analyser inom folkhälsoområdet.....	126

8.1.2	Förordningen om europeiskt dataområde EHDS och utvecklandet av en nationell digital infrastruktur skapar goda förutsättningar för analyser på folkhälsoområdet	129
8.1.3	Hälsodataregister.....	130
8.1.4	Andra centrala nationella register över hälsa och sjukvård.....	136
8.1.5	Nationella register över utbildning, arbetsmarknadsutfall, nyttjande av de sociala trygghetssystemen och skuldsättning	138
8.1.6	Datakällor över socialtjänstinsatser.....	139
8.1.7	Centrala urvalsundersökningar om hälsa, livsvillkor och levnadsvanor	142
8.1.8	Datakällor för att mäta hälsorelaterad livskvalitet och sjukdomsburda.....	148
8.1.9	Kostnader för insatser	149
9	Behov av rikstäckande data	153
9.1	Kartläggning av databehov bland kommuner, regioner, myndigheter och andra berörda aktörer.....	153
9.1.1	Dialoger med kommuner och regioner.....	153
9.1.2	Enkätundersökning till berörda myndigheter och aktörer	154
9.2	Indikatorsystemet för att följa utvecklingen av folkhälsan	160
9.3	Hälsodataregister	161
9.3.1	Uppgifter om livsvillkor och levnadsvanor inom slutenvården och den specialiserade öppenvården.....	163
9.3.2	Uppgifter från mödravården och perinataltiden	164
9.3.3	Uppgifter om tandhälsa hos barn och unga.....	165
9.3.4	Uppgifter om vaccinationer.....	165
9.4	Elevhälsan	166
9.5	Företagshälsovården	169
9.6	Statliga vårdinsatser	170

9.7	Skolfrånvaro	171
9.8	Kostnader för insatser inom hälso- och sjukvården	171
9.9	Uppgifter om insatser inom socialtjänsten	172
9.10	Uppgifter om sjukfrånvaro, arbetade timmar, arbetslöshetsförsäkringar och arbetsmarknadsinsatser	173
9.11	Livsvillkor och levnadsvanor	174
9.12	Patientrapporterade utfallsmått	175
9.13	Behov av nationella förteckningar över tillgängliga data som förvaltas av myndigheter	176
10	Ett dynamiskt ramverk för ekonomiska analyser och effektutvärderingar på folkhälsoområdet	179
10.1	Ett enhetligt ramverk för utvärderingar inom folkhälsa: Utmaningar och metodologiska överväganden	180
10.1.1	Metodval och utgångspunkter vid ekonomiska analyser och utvärderingar inom folkhälsoområdet – några grundläggande teoretiska utgångspunkter	180
10.1.2	Diskussion	185
10.1.3	Utredningens slutsatser och bedömningar	186
10.2	Hur kan vi mäta effekter och kostnader från folkhälsoinsatser?	187
10.2.1	Metoder för att utvärdera effekter av folkhälsopolitiska insatser	188
10.2.2	Tillämpning av hälsoekonomiska metoder inom folkhälsoområdet	195
10.2.3	Diskussion	197
10.2.4	Utredningens slutsatser och bedömningar	198
10.3	Diskontering vid ekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser	198
10.3.1	Two sätt att härleda diskonteringsräntan	199
10.3.2	Praktisk tillämpning av diskonteringsräntor	200
10.3.3	Diskussion	202
10.3.4	Utredningens slutsatser och bedömningar	204

10.4	Etiska principer för folkhälsoprioriteringar	205
10.4.1	Distributiv rättvisa och fördelning av resurser	205
10.4.2	Legitimitet och ingrepp i människors liv	207
10.4.3	Etisk plattform för prioriteringar inom hälso- och sjukvården	208
10.4.4	Tolkning av den etiska plattformen i relation till det folkhälsopolitiska målet.....	210
10.4.5	Diskussion	214
10.4.6	Utredningens slutsatser och bedömningar	215
10.5	Ekonomiska utvärderingar med fördelningsfokus.....	215
10.5.1	Ekonomisk utvärdering med välfärdsteori som utgångspunkt	216
10.5.2	Tillämpning av kostnadseffektivitetsanalys med fördelningsfokus (DCEA).....	217
10.5.3	Utredningens slutsatser och bedömningar	217
10.6	Hantering av osäkerhet, riktlinjer för transparenta analyser samt målgruppsanpassad kommunikation	218
10.6.1	Översiktligt om hantering av osäkerhet i ekonomiska analyser.....	218
10.6.2	Checklista för transparenta och jämförbara analyser samt kort om målgruppsanpassning	222
10.6.3	Att kommunicera resultaten från ekonomiska analyser till beslutsfattaren.....	225
10.6.4	Utredningens slutsatser och bedömningar	226
11	Exempel på hur samhällskostnader för ohälsa kan mätas och följas	229
11.1	Nollmätning – samhällskostnader förknippade med obesitas	229
11.1.1	Metod och data	230
11.1.2	Resultat	235
11.1.3	Diskussion	236
11.2	Real-world data för att följa samhällskostnaderna.....	237
11.2.1	Data och metoder	238
11.2.2	Resultat	240
11.2.3	Styrkor och svagheter med metoden – vilka förutsättningar måste vara uppfyllda	242

11.3	Utredningens slutsatser och bedömningar	243
12	Vilka ekonomiska analyser behövs för att stärka folkhälsan i Sverige?.....	245
12.1	Det aktuella folkhälsoläget – sjukdomsburda, riskfaktorer och sjukfall.....	245
12.1.1	Sjukdomsburda och riskfaktorer enligt Global burden of disease (GBD).....	246
12.1.2	Hälsans samhälleliga förutsättningar	247
12.1.3	Vilka sjukdomar och tillstånd orsakar pågående sjukfall i Sverige?	248
12.2	Vad finns det för ekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser i Sverige?	249
12.3	Identifierade behov av ekonomiska analyser utifrån utredningens dialoger, enkäter och workshops	252
12.3.1	Dialoger med berörda aktörer inom den idéburna sektorn.....	252
12.3.2	Dialoger med representanter från kommuner och regioner.....	253
12.3.3	Enkätundersökning om behov av data.....	253
12.3.4	Rundabordssamtal.....	254
12.3.5	Slutsatser och diskussion	259
13	Utredningens förslag och bedömningar.....	261
13.1	Utredningens förslag i korthet	261
13.2	Ett samlat uppdrag till Folkhälsomyndigheten om stärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsan och folkhälsopolitiken.....	265
13.2.1	Utgångspunkter i direktiven	265
13.2.2	Folkhälsomyndigheten föreslås som ansvarig myndighet för att vidareutveckla och förvalta ett hälsoekonomiskt ramverk.....	266
13.2.3	Stärkt uppföljning av folkhälsan	267

13.2.4	Folkhälsomyndigheten föreslås få utökat uppdrag om ekonomisk utvärdering och effektutvärdering av insatser inom hela folkhälsoområdet.....	273
13.2.5	Spridning och kommunikation.....	278
13.2.6	Utökat forskningsuppdrag inom hälsoekonomi.....	282
13.2.7	Förteckning över datakällor med relevans för folkhälsan.....	284
13.3	Myndighetsövergripande samverkan gällande metodval för ekonomiska analyser.....	285
13.3.1	Utgångspunkter i direktiven.....	286
13.3.2	Skäl till förslagen.....	286
13.3.3	Förslag om ett sektorsövergripande sekretariat för hälsoekonomiska analyser.....	287
13.4	Metodhubb för bättre datakvalitet, svarsfrekvenser och extrapolering.....	289
13.4.1	Utgångspunkter i direktiven.....	289
13.4.2	Skäl till förslagen.....	290
13.4.3	Förslag om en nationell metodhubb för bättre datakvalitet, svarsfrekvenser och extrapolering...	291
13.5	Stärkt tillgång till data för ekonomiska analyser och utvärderingar.....	292
13.5.1	Utgångspunkter i direktiven.....	292
13.5.2	Utökade uppgifter om livsvillkor och levnadsvanor till befintliga hälsodataregister.....	293
13.5.3	Utökade uppgifter om primärvård.....	294
13.5.4	Insamling av uppgifter från elevhälsan.....	295
13.5.5	Utökade uppgifter om tandhälsovård.....	297
13.5.6	Insamling av uppgifter om vaccinationer utanför vaccinationsprogrammet.....	298
13.5.7	Insamling av uppgifter om statlig vård.....	299
13.5.8	Insamling av uppgifter om företagshälsovård.....	300
13.5.9	Upprättande av register om skolfrånvaro.....	301
13.5.10	Insamling av uppgifter om sjukfrånvaro, arbetade timmar, arbetslöshetsförsäkringar och arbetsmarknadsinsatser.....	302

13.5.11	Insamling av EQ-5D-data på nationell nivå	302
13.5.12	Utökade uppgifter om kostnader för insatser.....	303
13.5.13	Förslag om stärkt tillgång till data för regioner och kommuner.....	304
13.6	Förslag på en vägledande inriktning för kommande studier.....	305
13.6.1	Utgångspunkter i direktivet	305
13.6.2	Skäl till förslagen	306
13.6.3	Vilka hälsoekonomiska utvärderingar som behövs framgent samt förslag på en vägledande inriktning	307
14	Konsekvensbeskrivningar	311
14.1	Ekonomiska konsekvenser av ett stärkt uppdrag till Folkhälsomyndigheten	313
14.1.1	Ekonomiska kostnader för ökad tillgång till data för Folkhälsomyndigheten	314
14.1.2	Ekonomiska kostnader för kompetensförsörjning på Folkhälsomyndigheten.....	315
14.2	Ekonomiska konsekvenser av inrättande av ett hälsoekonomiskt sekretariat	317
14.3	Ekonomiska konsekvenser av inrättande av metodhubb ...	317
14.4	Ekonomiska konsekvenser av att stärka tillgången på data	318
14.5	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	322
14.6	Konsekvenser för barn och unga, män och kvinnor.....	323
	Referenslista	325

Bilagor

Bilaga 1	Kommittédirektiv 2024:21	347
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2025:38	357
Bilaga 3	Hälsoekonomisk antologi	359
Bilaga 4	Nollmätning – betydelsen av hälsorelaterade riskfaktorer.....	537
Bilaga 5	The Effects of Depression on Labor Market and Health Outcomes	563
Bilaga 6	Hälsoekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser.....	567

Sammanfattning

Effektivare folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser

God hälsa är grundläggande för individers välfärd och för samhällets ekonomi och motståndskraft

God hälsa är av grundläggande betydelse både för individers välbefinnande och för samhället som helhet. Ohälsa medför personligt lidande och kan även leda till betydande samhällsekonomiska konsekvenser, bland annat i form av ökade kostnader för vård och läkemedel, samt produktionsbortfall på arbetsmarknaden. God hälsa i befolkningen är även viktigt ur beredskapssynpunkt, där en befolkning med god hälsa är mer motståndskraftig.

Hälsa är ett brett begrepp som enligt Världshälsoorganisationen (WHO) innefattar både frånvaro av sjukdom samt närvaro av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande. WHO:s konstitution från 1948 fastslår att hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet, vilket också betonas i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna. Folkhälsa avser hela befolkningens samlade hälsotillstånd, med fokus på jämlikhet och de påverkbara bestämningsfaktorer som formar möjligheterna till god hälsa.

Det folkhälsopolitiska ramverket

Sverige har ett folkhälsopolitiskt ramverk med det övergripande målet att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (dvs. till år 2048). Ramverket omfattar även åtta målområden som speglar centrala påverkbara bestämningsfaktorer för hälsa:

- det tidiga livets villkor
- kunskaper, kompetenser och utbildning
- arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
- inkomster och försörjningsmöjligheter
- boende och närmiljö
- levnadsvanor
- kontroll, inflytande och delaktighet
- en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Betydelsen av hälsoekonomiska analyser på folkhälsoområdet

Även om hälsan i den svenska befolkningen generellt sett är god, finns det betydande skillnader i hälsa mellan olika grupper. Med den nuvarande utvecklingstakten bedöms det folkhälsopolitiska målet inte kunna uppnås. För att nå målet om en god och jämlik hälsa krävs träffsäkra insatser som stärker hälsan i hela befolkningen. Hälsoekonomiska analyser kan stödja prioriteringar av åtgärder genom att effekter och kostnadseffektivitet utvärderas på ett jämförbart och transparent sätt.

Hälsoekonomi är ett kunskapsområde inom nationalekonomin som analyserar frågor om hälsa, sjukvård och resursfördelning med hjälp av nationalekonomiska teorier och metoder. Hälsoekonomi handlar inte om att spara pengar, utan om att använda samhällets resurser på ett så effektivt sätt som möjligt. Prioriteringar är nödvändiga eftersom resurserna är begränsade.

Trots att hälsa är en av de högst värderade aspekterna av livet, får förebyggande och hälsofrämjande insatser ofta stå tillbaka för andra investeringar med mer omedelbar avkastning. En viktig förklaring är att nyttan av förebyggande arbete ofta ligger långt fram i tiden och därför kan vara svår att synliggöra och mäta. Det gör att värdet av folkhälsopolitiska insatser riskerar att underskattas i beslutsprocesser.

Trots utmaningarna finns det goda möjligheter att utvärdera både effekter och kostnadseffektivitet av folkhälsoinsatser. Hälsoekonomiska metoder erbjuder goda möjligheter att på ett systematiskt och transparent sätt analysera insatser inom alla delar av folkhälsoområ-

det. Hälsoekonomiska analyser kan bidra till bättre underlag för kunskapsbaserade beslut som främjar en jämlik och kostnadseffektiv folkhälsopolitik.

Utredningens uppdrag, syfte och arbetssätt

Uppdraget i korthet

Den 13 februari 2024 beslutade regeringen att tillsätta utredningen *Effektiva folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser* (dir. 2024:21). Utredningens syfte var att ge förslag på förutsättningar för ett hälsoekonomiskt ramverk som ska stärka uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken. Uppdraget omfattade även att utvärdera alkoholpolitikens olika styrmedel. Den delen av uppdraget redovisas i betänkandets andra del.

I uppdraget ingick att analysera hur det befintliga uppföljningssystemet kan kompletteras med ett hälsoekonomiskt ramverk för att möjliggöra beskrivning och analys av samhällskostnader för olika påverkbara riskfaktorer för ohälsa, samt att genomföra hälsoekonomiska utvärderingar av folkhälsopolitiska insatser. Utredningen skulle också redogöra för vilka data som krävs för sådana analyser och identifiera områden där datatillgången behöver stärkas på nationell nivå. Om det bedömdes som lämpligt skulle utredningen även genomföra en så kallad nollmätning av de samhällsekonomiska kostnaderna inom ett eller flera områden.

Det ingick också i uppdraget att kartlägga vilka hälsoekonomiska utvärderingar som kan behövas framöver och att lämna förslag på en vägledande inriktning för kommande studier. Utredningen fick till uppgift att föreslå förutsättningar för att ekonomiska analyser löpande kan kommuniceras till olika samhällsaktörer på ett lättillgängligt och målgruppsanpassat sätt.

Slutligen skulle utredningen föreslå vilka aktörer som bör ansvara för att utveckla och förvalta det hälsoekonomiska ramverket, samt hur insamling av relevanta uppgifter kan organiseras på ett ändamålsenligt sätt.

Uppdragets utgångspunkter och målgrupper

Utredningen utgår från det nationella folkhälsopolitiska ramverket, där det föreslagna hälsoekonomiska ramverket syftar till att skapa förutsättningar för att följa hälsan och dess påverkbara bestämningsfaktorer samt att utvärdera politiken inom hela det breda folkhälsoområdet. Eftersom folkhälsoarbetet är sektorsövergripande, behöver även det hälsoekonomiska ramverket utformas så att det speglar dessa förutsättningar. Ramverket ska fungera som ett stöd både för beslutsfattare och för de aktörer som använder eller genomför ekonomiska analyser på statlig, regional och lokal nivå.

Tillvägagångsätt, kvalitetssäkring, förankringsprocess

Utredningen har använt flera metoder för att analysera behov och förutsättningar för ett hälsoekonomiskt ramverk inom folkhälsoområdet. Som en del av uppdraget har olika typer av underlag tagits fram. Där ingår bland annat en antologi där forskare och experter belyser metodologiska utmaningar och överväganden vid ekonomiska analyser och utvärderingar av folkhälsoinsatser. Utredningen har också gett Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i uppdrag att kartlägga befintliga ekonomiska utvärderingar av insatser inom de åtta folkhälsopolitiska målområdena.

Med stöd av forskare och berörda myndigheter har utredningen genomfört en så kallad nollmätning, det vill säga en skattning av samhällskostnaderna för en vanligt förekommande riskfaktor för ohälsa samt tagit fram exempel på hur samhällskostnader kan skattas med hjälp av registerdata och kvasi-experimentella metoder.

Utredningen har även analyserat befintliga rapporter, riktlinjer och utredningar från bland annat Regeringskansliet, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), samt internationella underlag från exempelvis norska myndigheter och departement samt underlag från den statliga organisationen NICE i Storbritannien.

Utredningen har genomfört två riktade enkätundersökningar för att kartlägga behovet av datatillgång och identifiera aktörer som arbetar med ekonomiska analyser och effektutvärderingar. Syftet har bland annat varit att kartlägga vilka aktörer som ansvarar för olika

typer av hälsoekonomiska analyser, samt att identifiera inom vilka delar av folkhälsoområdet dessa analyser utförs. Undersökningarna har haft en kvalitativ inriktning och riktats till myndigheter och andra aktörer med särskild betydelse för uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken.

Utredningen har även haft omfattande dialoger med myndigheter, forskare, experter, regioner, kommuner, civilsamhället och internationella aktörer. Utredningen har deltagit i konferenser, seminarier samt anordnat en hälsoekonomisk workshop våren 2025 och ett rundabordssamtal hösten 2025. För att identifiera behovet av hälsoekonomiska underlag bland regioner och kommuner har utredningen medverkat vid flera möten med SKR och dess medlemmar samt med Rådet för styrning med kunskap (RSK).

Utredningen har haft löpande dialoger med den myndighetsgemensamma arbetsgrupp som arbetar med att stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (under RSK). Utredningen har också haft dialoger med relevanta pågående uppdrag, som regeringsuppdraget om utfallsfokuserade arbetssätt.

Utredningens analyser och kartläggningar

I betänkandet redogör utredningen för nuläget och behovet av ett systematiskt arbete med hälsoekonomiska metoder inom folkhälsoområdet. Utredningen går igenom befintliga ramverk hos myndigheter, som Folkhälsomyndigheten, TLV, Socialstyrelsen, SBU, Trafikverket och Trafikanalys samt utvalda så kallade Health Technology Assessment (HTA)-enheter och även akademiska forskningsmiljöer. Både likheter och skillnader i tillämpning av metoder och antaganden analyseras inom ramen för kartläggningen. Utredningen ger också en internationell utblick mot Norge och landets arbete med hälsoekonomi på folkhälsoområdet.

Utredningen redogör för centrala datakällor som behövs för att följa hälsans utveckling i befolkningen och för att utvärdera folkhälsoinsatser. Där ingår bland annat hälsodataregister, andra nationella register (över dödsorsaker, arbetsmarknadsutfall, användande av sociala trygghetssystem och sociala insatser), kvalitetsregister samt flera större enkätundersökningar.

I betänkandet beskrivs data om hälsorelaterad livskvalitet samt kostnadsdata, som uppgifter om kostnad per patient, regionernas prislistor, kostnadsuppgifter från läkemedelsregistret och nyckeltal i databasen Kolada. Slutligen redogörs översiktligt för EHDS (European Health Data Space) och arbetet med en nationell digital infrastruktur, som bedöms kunna förbättra tillgång, kvalitet och användning av hälsodata för uppföljning, forskning och hälsoekonomiska analyser inom folkhälsoområdet.

Utredningen kartlägger vilka data som saknas eller behöver stärkas på nationell nivå för att möjliggöra uppföljning, effektutvärderingar och hälsoekonomiska analyser inom folkhälsoområdet. Genom dialoger med kommuner och regioner samt en enkät till berörda myndigheter och organisationer framkommer att datatillgången i Sverige visserligen bedöms som generellt god, men att det finns betydande luckor. Särskilt finns ett behov av rikstäckande individbaserade uppgifter om primärvård, elevhälsa, företagshälsovård, statliga vårdinsatser (till exempel Statens institutionsstyrelse SiS), socialtjänst, skolfrånvaro samt korttidssjukfrånvaro och deltagande i arbetsmarknadsinsatser.

Utredningen redogör för olika metodologiska utmaningar och överväganden som präglar ekonomiska analyser på folkhälsoområdet.

För att konkretisera hur ekonomiska analyser kan användas för att skatta samhällskostnader förknippade med ohälsa och dess riskfaktorer presenteras två exempel. Det första gäller beräkningar av samhällskostnader relaterade till fetma med hjälp av simuleringsmodellen NCDsim för icke-smittsamma sjukdomar. Det andra bygger på registerdata i kombination med kvasi-experimentella metoder och illustrerar hur samhällskostnader kan skattas för ett specifikt tillstånd, i det här fallet depression.

Utredningen har även analyserat vilka hälsoekonomiska utvärderingar som framöver kan behövas för att utvärdera folkhälsopolitiska insatser samt vilken inriktning kommande studier bör ha. Bedömningen grundas på tillgängliga data om centrala folkhälsoutmaningar, som sjukdomsburda, sjuktal och utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer, samt på SBU:s kartläggning av befintliga ekonomiska utvärderingar och de dialoger och rundabordssamtal som förts med berörda aktörer.

Utredningens förslag och slutsatser i korta drag

Utredningens förslag om ett samlat uppdrag att vidareutveckla och förvalta det hälsoekonomiska ramverket

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten får ett samlat uppdrag att vidareutveckla och förvalta det föreslagna hälsoekonomiska ramverket. Ramverket ska omfatta både ex-post- och ex-ante-utvärderingar av folkhälsoinsatser inom hela det breda folkhälsoområdet. Folkhälsomyndigheten ska även utveckla och förvalta simuleringsmodeller, främja användningen av registerdata och kvasi-experimentella metoder samt stärka sin egen forskningskapacitet inom hälsoekonomisk metodik genom ett utökat forskningsuppdrag om hälsoekonomi.

Utredningen föreslår också att Folkhälsomyndigheten, tillsammans med SBU och Socialstyrelsen, och andra berörda aktörer, bygger upp en kunskapsbank om effektiva folkhälsoinsatser samt att Folkhälsomyndigheten ska erbjuda stöd till regeringen, regionerna och kommunerna för att utforma insatser som möjliggör efterföljande utvärderingar. Folkhälsomyndigheten ska också skapa en samlad förteckning över relevanta datakällor.

Metodhub för förbättrad datakvalitet, svarsfrekvenser och extrapolering

För att stödja det pågående arbetet med att utveckla metoder för att hantera bortfall i urvalsundersökningar, höja svarsfrekvenser och samordna undersökningar på folkhälsoområdet föreslås ett förstärkt stöd för metodutveckling och samordning på området. Aktörer med särskild kompetens inom urvalsundersökningar bör få uppdraget att vidareutveckla och samordna arbetet med urvalsundersökningar i samverkan med berörda myndigheter och organisationer.

Utredningens förslag om sektorsövergripande samordning

Utredningen föreslår att regeringen inrättar en myndighetsövergripande samverkansfunktion för metodval och överväganden vid ekonomiska analyser på folkhälsoområdet. Funktionen bör ta fram gemensamma riktlinjer, som bör använda betänkandet som utgångs-

punkt för att harmonisera terminologi, metodval, diskonteringsränta, etiska överväganden, hantering av osäkerhet, indirekta kostnader och tröskelvärden för kostnadseffektivitet. Ekonomistyrningsverket (ESV) föreslås leda den funktionen.

Utredningens förslag för att öka tillgången till data

Utredningen bedömer att datatillgången behöver stärkas på flera identifierade områden. Prioriterade områden är bland annat primärvårdsdata, elevhälsodata, data om skolfrånvaro och vaccinationer samt utökade uppgifter i befintliga dataregister.

Utredningen föreslår att EQ-5D bör inkluderas i den nationella folkhälsoenkäten. Det finns också ett stort behov av att samla in individbaserade och rikstäckande uppgifter om kostnad per patient. En annan viktig slutsats är att det i dag saknas uppgifter från statliga vårdinsatser som SiS, samt data från företagshälsovården och data om korttidssjukfrånvaro och arbetade timmar. Dessa data är viktiga för att ge en heltäckande bild av folkhälsan i Sverige samt för att kunna följa folkhälsans utveckling och utvärdera folkhälso-politiska insatser.

Förslagen om stärkt datatillgång är inte bara viktigt för en förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälso-politiken, utan gynnar också verksamhetsutvecklingen inom kommuner, regioner och forskning samt främjar Sveriges konkurrenskraft som life science-nation.

Utredningens förslag på framtida inriktning

En förutsättning för att främja investeringar i förebyggande och hälsofrämjande insatser är kunskap om det förväntade värdet av sådana investeringar. I dagsläget finns det stora behov av fler effektutvärderingar av folkhälsoinsatser inom hela det breda folkhälsoområdet. Utvärderingarna behövs för att kunna bedöma kostnadseffektiviteten i olika folkhälso-politiska insatser. Det behövs även fördjupade studier om metodologiska och etiska överväganden vid ekonomiska analyser inom folkhälsoområdet.

Utredningen har kartlagt ett stort behov av fler ekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser inom områden som rör barns och

ungas livsvillkor, äldres hälsa, övervikt och fetma, psykisk ohälsa och effekter av sociala medier. Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten, tillsammans med SBU, får i uppdrag att sammanställa och kvalitetsgranska vetenskaplig litteratur och grå litteratur om effekter av och kostnadseffektivitet i folkhälsoinsatser.

Vägen framåt

Det fortsatta arbetet för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen handlar ytterst om att främja människors livsvillkor, levnadsförhållanden och goda levnadsvanor. God hälsa i befolkningen är inte enbart viktigt ur ett individperspektiv utan även från ett bredare samhällsekonomiskt perspektiv genom att det bidrar till en stark och konkurrenskraftig ekonomi. En god hälsa i befolkningen är avgörande för att Sverige ska ha en stark motståndskraft vid sociala, ekonomiska och hälsorelaterade påfrestningar.

För att nå det nationella folkhälsomålet krävs att folkhälsoarbetet i högre utsträckning baseras på kunskap om vad som faktiskt fungerar, för vem och till vilken kostnad. Här kan hälsoekonomiska metoder bidra till att identifiera effektiva insatser.

Utredningens samlade bedömning är att Sverige har goda förutsättningar att stärka uppföljningen och utvärderingen av folkhälsan, men att det kräver strukturella satsningar.

För det första behöver uppföljningen och utvärderingen av folkhälsopolitiken bli mer systematisk, samordnad och kunskapsbaserad. Det innebär att det föreslagna hälsoekonomiska ramverket vidareutvecklas och används brett inom hela folkhälsoområdet. Ett tydligare nationellt uppdrag, metodstöd till staten, regionerna och kommunerna samt vidareutveckling av simuleringsmodeller och kvasi-experimentella metoder är viktigt för att beslutsfattare ska kunna väga effekter mot kostnader på ett transparent och jämförbart sätt.

För det andra behövs riktlinjer som är gemensamma för alla berörda myndigheter och en förbättrad datainfrastruktur. För att ekonomiska analyser och effektutvärderingar ska hålla hög kvalitet behövs gemensamma riktlinjer för metodval, terminologi, hantering av osäkerhet och etiska överväganden. Dessutom måste datakvalitet, svarsfrekvenser och uppgiftsinhämtning stärkas, bland annat genom

förbättrade urvalsundersökningar och samordning mellan berörda aktörer. En långsiktig förstärkning av datatillgången, från elevhälsa, företagshälsovård, statlig hälso- och sjukvård, primärvårdsrelaterade verksamheter samt data över kostnader per patient, är en grundförutsättning för att genomföra tillförlitliga analyser.

Förslagen i betänkandet lägger grunden för ett kompletterande hälsoekonomiskt ramverk som kan stärka det kunskapsbaserade folkhälsoarbetet och bidra till att samhällets resurser används på ett mer effektivt sätt. Genom att synliggöra vilka insatser som ger störst nytta i förhållande till kostnaderna, skapas bättre förutsättningar att nå målet om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Det är ett viktigt steg för att långsiktigt stärka både folkhälsan och Sveriges samhällsutveckling.

Tack till ...

Utredningen vill rikta ett varmt tack till alla som bidragit med kunskap och erfarenhet under arbetets gång. Ett särskilt tack till Folkhälsomyndigheten, SBU och Socialstyrelsen samt till alla antologiförfattarna: Martin Henriksson, Mikael Svensson, Anders Forslund, Inna Feldman, Egill Johnsson Bachman, Ellen Wolff, Lars Sandman, Gawain Heckley och Ulf Gerdtham. Tack också till författarna till övriga underlag; Tzu-Hsi Chen, Kristian Bolin, Federico Benzi, Frida Kasteng, Martin Berlin och Lisa Brouwers. Ett särskilt tack vill utredningen även rikta till Evelina Björkegren, Douglas Lundin, Bo Burström, Anna Ringborg, Linus Jönsson, Lisa Brouwers och Olle Lundberg. Vi vill även tacka alla som medverkade på utredningens workshop om ett hälsoekonomiskt ramverk och runda bordssamtalen.

Utredningen vill även uttrycka sin tacksamhet för det stöd från andra kommitté- och utredningssekretariat: ESO, EBA, Delmi, Vårdansvarskommittén samt Utredningen om bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet.

Slutligen är vi oerhört tacksamma för Klara Brikes insatser och värdefulla bidrag.

1 Inledning

1.1 Utredningens uppdrag

Den 8 februari 2024 beslutade regeringen att tillsätta Agneta Karlsson som särskild utredare för utredningen om effektivare folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser.¹ Utredningen har till uppdrag att lämna förslag om hur det nuvarande folkhälsopolitiska ramverket kan kompletteras med ett hälsoekonomiskt ramverk.

Sverige har, i en rad olika sammanhang, förbundit sig att främja hälsan i hela befolkningen.² Riksdagen har beslutat om det övergripande målet för folkhälsopolitiken: att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i befolkningen samt att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (till år 2048). För att stödja detta mål har åtta målområden fastställts. Målområdena speglar hälsans så kallade bestämningsfaktorer och synliggör folkhälsopolitikens breda och sektorsövergripande karaktär, som bygger på att hälsa påverkas av samhällseliga förhållanden.³

Enligt regeringens direktiv⁴ ska utredningen föreslå hur nuvarande uppföljningssystem av folkhälsopolitiken kan vidareutvecklas genom att kompletteras med hälsoekonomiska analyser. Syftet är att främja ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser inom folkhälsoområdet. Enligt direktiven kan hälsoekonomiska analyser bidra till att bedöma vilka insatser som ger störst måluppfyllelse i förhållande till de kostnader de medför.

Mot denna bakgrund är den primära utgångspunkten i utredningens arbete med att föreslå ett hälsoekonomiskt ramverk att utreda viktiga förutsättningar för att kunna i) följa kostnadsutvecklingen för ohälsa samt dess riskfaktorer i befolkningen och ii) utvärdera

¹ Dir. 2024:21 s. 1.

² Prop. 2017/18:249 s. 19–25.

³ Ibid.

⁴ Dir. 2024:21 s. 1.

folkhälsoinsatsers effekter och kostnadseffektivitet. Eftersom jämlikhet är en grundläggande princip i den nationella folkhälsopolitiken bör fördelningsaspekter av folkhälsopolitiken stå i fokus vid sådana analyser.

1.2 Utredningens metoder och arbete

I detta avsnitt ges en kortfattad beskrivning av utredningens metoder, arbetsprocess och tillvägagångssätt. Nedan redogörs för vilka underlag som har tagits fram samt vilka aktörer som medverkat i arbetet. Vi beskriver även vilka aktörer vi har haft kontakt med i olika sammanhang, både i syfte att inhämta kunskap och för att kommunicera utredningens uppdrag och resultat.

1.2.1 Rapporter och andra underlag

Utredningen har tagit fram en rad olika underlag inom ramen för uppdraget att analysera och kartlägga behov och förutsättningar för ett hälsoekonomiskt ramverk på folkhälsoområdet. Underlagen inkluderar bland annat en antologi där forskare och experter har genomfört fördjupade analyser av utmaningar och överväganden som präglar olika typer av ekonomiska analyser och utvärderingar inom folkhälsoområdet.

Utöver detta har utredningen gett Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i uppdrag att kartlägga befintliga ekonomiska utvärderingar baserade på svenska data inom samtliga folkhälsopolitiska målområden.

Kristian Bolin, professor i hälsoekonomi vid Göteborgs universitet, har fått i uppdrag att tillsammans med Folkhälsomyndigheten genomföra en så kallad nollmätning av samhällskostnaderna förknippade med en vanligt förekommande riskfaktor för ohälsa. Syftet har varit att dels beskriva befintliga arbetsmetoder, dels stödja metodutveckling och samverkan mellan myndigheter och akademien. Tzu-Hsi Chen, doktorand vid Nationalekonomiska institutionen vid Stockholms universitet, har av utredningen fått i uppdrag att exemplifiera hur registerdata i kombination med kvasiexperimentella metoder kan användas för att skatta och illustrera samhällskostnader förknippade med ohälsa.

Analysen och kartläggningen som presenteras i betänkandet utgår även från riktlinjer, regeringsuppdrag och tidigare rapporter, statliga offentliga utredningar och propositioner med bäring på uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken. Dessa underlag kommer bland annat från Regeringskansliet, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, SBU, Statskontoret och Sveriges kommuner och regioner (SKR) och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

1.2.2 Enkäter

Utredningen har genomfört två enkätundersökningar. Den ena undersökningen har syftat till att kartlägga behov av datatillgång som är viktiga för att möjliggöra och vidareutveckla användningen av ekonomiska analyser inom folkhälsoområdet, samt att identifiera datakällor som saknas och som kan behöva utvecklas på nationell nivå. Den andra undersökningen har haft till syfte att kartlägga vilka aktörer som arbetar med och utvecklar ekonomiska analyser och effektutvärderingar inom hälsoområdet, samt att redogöra för deras metoder, tillvägagångssätt och organisatoriska förutsättningar.

Enkätundersökningarna utgör ett underlag i utredningens arbete och riktar sig till ett urval av myndigheter och aktörer som bedöms ha särskild betydelse för att uppnå folkhälsopolitikens mål och målområden. Undersökningarna bygger inte på ett statistiskt representativt urval av samtliga berörda aktörer, utan har en explorativ och kvalitativ inriktning.

1.2.3 Dialoger, hearings, seminarier och konferenser

Utredningen har haft återkommande dialoger med berörda myndigheter och aktörer. Bland annat har utredningen fört kunskapsinhämtande samtal med aktörer som regelbundet använder och utvecklar olika typer av ekonomiska analyser och utvärderingar med bäring på folkhälsoområdet. Dessa aktörer inkluderar myndigheter, universitet, kommuner, regioner, privata aktörer, aktörer inom civilsamhället, internationella kontakter samt andra utredningar och kommittéer.

Utredningen har även deltagit i konferenser, seminarier, rundabordssamtal och dialogmöten för att kartlägga förutsättningarna för ett kompletterande hälsoekonomiskt ramverk.

Under våren 2025 anordnade utredningen en workshop för att diskutera viktiga förutsättningar för ett hälsoekonomiskt ramverk. Medlemmar från bland annat Svensk förening för hälsoekonomi, berörda myndigheter och akademien bjöds in.

I syfte att identifiera behovet av hälsoekonomiska underlag bland regioner och kommuner har utredningen bland annat medverkat vid ett dialogseminarium med huvudmannagruppen till Rådet för styrning med kunskap och vid möten anordnade av SKR.

Utredningen har samarbetat med den myndighetsgemensamma arbetsgruppen för ett stärkt hälsofrämjande och förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Arbetsgruppen är ett initiativ från Rådet för styrning med kunskap (RSK) med uppdrag att ta fram stödande material riktat till beslutsfattare i kommuner och regioner.

1.3 Betänkandets struktur

I detta avsnitt ges en beskrivning av betänkandes struktur och innehåll.

1.3.1 Bakgrund

I betänkandets första del redogörs för utredningens tolkningar och avgränsningar. Vidare ges en bakgrundsbeskrivning av hur hälsoekonomiska metoder kan tillämpas på folkhälsoområdet och en genomgång av det nuvarande uppföljningssystemet för folkhälsopolitiken.

Här redogörs vidare för befintliga verksamheter med uppdrag relaterade till hälsoekonomiska analyser, inklusive Folkhälsomyndighetens uppdrag. Dessutom beskrivs olika hälsoekonomiska ramverk hos expertmyndigheter som TLV, SBU, Socialstyrelsen och inom akademien.

1.3.2 Resultat från kartläggningar

I den andra delen av betänkandet presenteras resultaten från kartläggningen av nödvändiga data för hälsoekonomiska analyser. Här beskrivs vilka data som saknas för att ge förutsättningar för ett systematiskt arbete med hälsoekonomiska analyser.

Kartläggningen följs av en behovsanalys som rör dels förutsättningarna för att stärka arbetet med hälsoekonomiska metoder, dels vilka hälsoekonomiska utvärderingar som bedöms nödvändiga inom folkhälsoområdet framöver.

1.3.3 Analys och överväganden

Vidare sammanfattas fördjupade analyser av metodologiska utmaningar samt överväganden kring ekonomiska analyser av folkhälsoinsatser. Dessa fördjupade analyser författas av forskare och experter som belyser särskilda utmaningar med hälsoekonomiska underlag på folkhälsoområdet samt ger förslag på hur dessa utmaningar bör hanteras.

I betänkandet beskrivs dessutom metoder för att mäta samhällskostnader kopplade till ohälsa samt olika riskfaktorer för ohälsa. För att exemplifiera detta presenteras bland annat resultat från ett samarbete mellan Folkhälsomyndigheten och en forskare om metoder för att följa samhällskostnader för obesitas.

1.3.4 Förslag

I de avslutande kapitlen presenteras utredningens förslag på vad som kan ingå i ett hälsoekonomiskt ramverk på folkhälsoområdet och viktiga förutsättningar för detta. Här ingår förslag över de data som bör samlas in på nationell nivå, vilka hälsoekonomiska analyser som behövs framgent, metodologiska riktlinjer, samordning och samverkan samt förslag kring hur kommunikation av hälsoekonomiska underlag till olika samhällsaktörer kan se ut.

I dessa kapitel föreslås även lämplig/(a) aktörer för huvudmannskap och tydlig ansvarsfördelning samt behovet av samordning och samverkan. Slutligen ges en konsekvensbeskrivning av de förslag som utredningen presenterat.

2 Hur kan hälsoekonomi bidra till mer effektiv folkhälsopolitik?

God hälsa handlar inte enbart om frånvaro av sjukdom utan även om olika former av välbefinnande.¹ Såväl nationella som internationella undersökningar visar att människor anser att god hälsa är en av de högst värderade aspekterna i livet.^{2,3} God hälsa leder inte bara till välbefinnande för individer utan ökar även förmågan att över tid tillgodogöra sig kunskaper och färdigheter.⁴ Enligt FN är hälsa en mänsklig rättighet och grundläggande för att individer ska kunna uppnå sin fulla potential och för att skapa en hållbar framtid.⁵

I Sverige finns ett av riksdagen beslutat folkhälsopolitiskt ramverk som innefattar ett nationellt mål om samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i befolkningen samt åtta målområden som speglar hälsans så kallade bestämningsfaktorer.

För att kunna arbeta effektivt för att nå det folkhälsopolitiska målet krävs kunskap om vilka insatser, områden och grupper som behöver prioriteras. Ekonomiska analyser av nuvarande och framtida folkhälsoutmaningar samt kunskap om effekter och kostnads-effektiviteten av folkhälsoinsatser är viktiga underlag för politiska beslut.

När budgetprioriteringar sker inom fasta årliga budgetramar tenderar förebyggande insatser att få stå tillbaka till förmån för akuta behov och investeringar vars vinster väntas realiseras på kort sikt.⁶ Detta medför att det förebyggande arbetet inte prioriteras eller satsas på i den utsträckning som vore önskvärd, eftersom folkhälsoinsatser ofta har långsiktiga effekter som först blir synliga efter flera

¹ WHO 1948.

² FN 2000.

³ Oscarsson & Bergström 2017.

⁴ Becker 2007 s. 379–410.

⁵ FN 1948 artikel 25.

⁶ McKie & Richardson 2003.

år. Ekonomiska analyser, däribland utvärderingar av olika genomförda insatser, fyller flera viktiga behov såsom att synliggöra det faktiska och det förväntade värdet av att på olika sätt investera i befolkningens hälsa. Dessa underlag kan guida beslutsfattare vid prioriteringsbeslut.

Vidare är det vanligt inom folkhälsopolitiken att insatser som finansieras av en viss förvaltningsnivå eller samhällssektor genererar effekter och ekonomiska vinster för andra nivåer eller aktörer som inte bidrar till finansieringen.⁷ Ett exempel är kommunala folkhälsoinsatser där kommunen står för kostnaden medan vinsterna, i form av förbättrad hälsa och ökad arbetsförmåga, i huvudsak tillfaller regionerna genom minskad vårdkonsumtion och staten genom ökade skatteintäkter och minskade transfereringar. Detta skapar en obalans mellan kostnadsansvar och nyttorealiserings, vilket i sin tur kan leda till att insatser med hög samhällsnytta inte genomförs. Ekonomiska analyser ger argument till och stöd för beslutsfattare i deras långsiktiga investeringar i folkhälsoinsatser. Ekonomisk utvärdering och uppföljning av folkhälsopolitiken ger också viktiga underlag för att bedöma om genomförda folkhälsoinsatser uppnått sina ändamål och för att vidareutveckla det befintliga folkhälsoarbetet.

2.1 Vad är hälsoekonomi och varför behövs det?

Hälsoekonomi är en disciplin inom nationalekonomin där olika frågeställningar relaterade till hälsa och sjukvård studeras med hjälp av nationalekonomiska metoder, ofta grundade i mikroekonomisk teori och empiriska tillämpningar.⁸ Exempel på frågeställningar som studeras är:

- vilka faktorer som påverkar hälsa och hur hälsan är fördelad i befolkningen,
- hur hälsa kan värderas och mätas,
- olika aspekter av efterfrågan och utbud av hälso- och sjukvård,
- utformning av hälso- och sjukvårdsystem,
- människors beteenden och preferenser, samt

⁷ Prop. 2017/18:249 s. 124.

⁸ Drummond m.fl. 2015.

- vilka effekter och kostnadseffektivitet har olika hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser.

En grundläggande utgångspunkt inom hälsoekonomi är att använda samhällets resurser för att maximera hälsan i befolkningen. Eftersom både individer och samhällen har begränsade resurser måste prioriteringar göras. Hälsoekonomiska utvärderingar är metoder som kan användas för att genomföra dessa prioriteringar på ett transparent sätt. Inför sådana prioriteringsprocesser behövs kunskap om vad olika insatser har för *förväntade* konsekvenser i termer av kostnader och nyttor samt information om deras inbördes relation, det vill säga *kostnadseffektiviteten* av en insats.

Det finns även behov av att utvärdera huruvida *genomförda* insatser har uppfyllt sitt ändamål och hur effekterna står i relation till kostnaderna för insatserna. Denna kunskap är viktig som en del av underlagen för ställningstaganden om huruvida samhället bör fortsätta med insatsen eller om den bör justeras eller upphöra. Detta är vad som åsyftas med effektutvärderingar det vill säga en *kontrafaktisk analys* av en insats effekter.

Det bör understrykas att prioriteringar inte enbart bör grundas på kostnadseffektivitetsanalyser, utan även andra relevanta aspekter såsom etiska, politiska och rättsliga överväganden bör vägas in vid prioriteringsbeslut.

Det är viktigt att komma ihåg att hälsoekonomiska utvärderingar inte syftar till att spara pengar, utan att använda de tillgängliga resurserna på så sätt att mesta möjliga hälsa tillfaller befolkningen. Ofta används begreppet *effektivitet*⁹ i dessa sammanhang. För att bedöma huruvida resursanvändning är effektiv behöver vi veta vad som är den *alternativa resursanvändningen*, det vill säga *jämförelsealternativet*. Vi behöver även veta vilket *perspektiv* som vi använder – *är det effektivt i ett brett samhällsperspektiv eller i ett snävare hälso- och sjukvårdsperspektiv?*

Effektivitet enligt definitionen ovan tar dock inte hänsyn till rättviseaspekter eller jämlikhetsaspekter. Hälsoekonomi handlar också om att göra olika avvägningar mellan att maximera hälsan och att

⁹ Inom nationalekonomin syftar effektivitet oftast på Paretoeffektivitet, vilket beskriver en situation där resurser inte kan omfördelas på ett sätt som förbättrar en individs välfärd utan att försämra någon annans.

fördela hälsan rättvist och jämlikt. Vi behöver därmed även veta *vem eller vilken grupp som kan anses gynnas av resursanvändningen*.

Inom hälsoekonomin besvaras både *positiva* och *normativa* frågeställningar.¹⁰ Positiva frågeställningar handlar om att beskriva eller utvärdera fakta utan att ta ställning till hur något bör värderas eller beslutas. En *effektutvärdering* är ett exempel på en analys med en positiv ansats.¹¹ Effektutvärderingar är centrala inom hälsoekonomin eftersom de är en viktig förutsättning för att kunna bedöma den relativa effekten av olika jämförelsealternativ. Den relativa effekten är sedan en viktig parameter i kostnadseffektivitetsanalyser. Bedömning av kostnadseffektivitet är dock en normativ analys.

Normativa frågeställningar handlar om att bedöma och vägleda beslut utifrån värderingar till exempel gällande vilka insatser som bör prioriteras framför andra. Om en insats har positiva hälsoeffekter som innebär att besparingarna är större än kostnaderna för att införa insatsen, innebär det att insatsen är *kostnadsbesparande*. Det är dock ett vanligare resultat i hälsoekonomiska utvärderingar att en insats har positiva hälsoeffekter, men att den också innebär ökade kostnader – alltså att kostnaderna för att införa insatsen är större än besparingarna. Då behöver beslutsfattare ta ställning till om de anser att den ökade kostnaden är rimlig i förhållande till de positiva hälsoeffekterna insatsen förväntas ge. Om den ökade kostnaden bedöms vara rimlig i förhållande till hälsoeffekterna innebär det att insatsen bedöms vara *kostnadseffektiv*.

Att en insats bedöms som kostnadseffektiv behöver inte betyda att insatsen leder till kostnadsbesparingar, utan en insats som leder till en stor budgetpåverkan kan bedömas vara kostnadseffektiv om dess kostnader bedöms vara rimliga i relation till de hälsoeffekter som insatsen ger upphov till. På samma sätt kan en insats med mycket liten budgetpåverkan bedömas inte vara kostnadseffektiv om dess kostnad inte bedöms vara rimlig i relation till hälsoeffekterna – även om kostnaden i sig är väldigt liten.

Det är viktigt att poängtera att en insats inte kan vara kostnadseffektiv i sig själv, utan alltid i relation till något annat – *kostnadseffektivitet är ett relativt begrepp*. Vad en insats jämförs mot kan variera, det kan exempelvis vara en annan insats, en sjukvårdande behand-

¹⁰ SOU 1999:137.

¹¹ En kontrafaktisk analys syftar till att uppskatta effekten av en insats genom att jämföra det observerade utfallet med det hypotetiska utfallet som skulle ha inträffat om insatsen inte genomförts (Drummond m.fl. 2015).

ling eller ingen insats alls. Exempelvis skulle en folkhälsoinsats mot obesitas hos barn kunna jämföras med att ingen insats införs.

2.2 Utredningens syn på nyttan med hälsoekonomiska analyser på folkhälsoområdet

Det finns skäl att i högre grad tillämpa liknande principer som de förväntningar som ställs på hälso- och sjukvården att erbjuda behandlingar med god effekt till rimliga kostnader inom samtliga delar av folkhälsoområdet. Hälsoekonomiska analyser kan ge värdefull vägledning för hur resurser bör fördelas för att maximera hälsan i befolkningen, särskilt genom att identifiera insatser som genererar stor hälsovinst i förhållande till allokerade resurser. Detta är särskilt relevant i arbetet med att stärka hälsan bland grupper med omfattande behov. Sådana bedömningar bör inte enbart grunda sig på kostnadseffektivitet, utan även ta hänsyn till andra centrala faktorer såsom behovens svårighetsgrad och principen om alla människors lika värde (se kapitel 10).

En mer systematisk tillämpning av hälsoekonomiska metoder inom folkhälsoområdet skulle därmed kunna bidra till en mer träffsäker och effektiv folkhälsopolitik. Trots att folkhälsoområdet är brett och tvärsektoriellt, är många av de teorier och metoder som utvecklats inom hälsoekonomin relevanta och tillämpbara även på detta område.

Ett centralt verktyg i detta sammanhang är *effektutvärdering*, som ger information om huruvida en viss insats faktiskt leder till de avsedda effekterna. Sådan kunskap är avgörande för att utveckla en mer evidensbaserad folkhälsopolitik.

Vidare kan matematiska och statistiska modeller användas för att kvantifiera sjukdomsburden och analysera hur olika riskfaktorer bidrar till denna. Dessa modeller möjliggör även uppskattningar av de samhällsekonomiska kostnader som är förknippade med ohälsa, samt simuleringar av framtida utfall under olika antaganden. På så vis kan beslutsfattare få vägledning i hur utvecklingen förväntas se ut över tid, och inom vilka områden som insatser sannolikt ger störst effekt.

En annan viktig tillämpning är bedömning av kostnadseffektivitet. Detta är särskilt relevant i ett resursbegränsat samhälle, där välgrundade och transparanta prioriteringar är nödvändiga.

Hälsoekonomi erbjuder en rad olika metoder för att följa och utvärdera folkhälsopolitiken. Det är dock viktigt att betona att det inte finns någon universell metod som lämpar sig för alla typer av frågeställningar. Valet av metod beror på analysens syfte, tillgången till data, valt perspektiv (till exempel hälso- och sjukvårdsperspektiv eller samhällsperspektiv), samt vilka jämförelsealternativ som är aktuella eller lämpliga i sammanhanget. Dessa metodologiska överväganden behandlas mer utförligt i kapitel 10.

Hälsoekonomiska metoder tillämpas redan i flera sammanhang, exempelvis vid beslut om ett läkemedel ska ingå i den nationella läkemedelsförmänen, inom vaccinationsområdet samt, i viss utsträckning, inom hälso- och sjukvården. Däremot är sådana analyser fortfarande relativt ovanliga för folkhälsoinsatser som sker inom andra sektorer/områden såsom skola, utbildning, arbetsmarknad, försörjningsförmåga, delaktighet i samhället samt bostads- och närmiljö. Ett mer systematiskt användande av hälsoekonomiska metoder inom folkhälsopolitikens alla målområden skulle kunna bidra till ett mer effektivt resursutnyttjande, ökad transparens i prioriteringar och därmed en mer träffsäker och samhällsnyttig folkhälsopolitik.

2.3 Behovet av ekonomiska analyser på folkhälsoområdet har uppmärksamrats alltmer

Behovet av ekonomiska analyser på folkhälsoområdet har uppmärksamrats i allt fler sammanhang.¹² Redan i den nationella folkhälsokommitténs betänkande år 2000 betonades vikten av att kunna mäta och följa folkhälsans bestämningsfaktorer, konsekvenser och fördelning samt behovet av forskning och metodutveckling av ekonomiska analyser på folkhälsoområdet.¹³

Även propositionen om jämlik hälsa från 2018 uppmärksammade behovet av ekonomiska analyser. Regeringen bedömde att arbetet med ekonomiska eller hälsoekonomiska analyser på folkhälsoområdet behövde utvecklas.¹⁴

¹² Prop. 2017/18:249; dir. S 2024:21 & Regeringsbeslut S2024/01659.

¹³ SOU 2000:91 s. 695 & 750.

¹⁴ Prop. 2017/18:249.

I regeringens direktiv betonas behov av löpande och långsiktiga analyser och prognoser av samhällskostnader förknippade med riskfaktorer för ohälsa i befolkningen samt ekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser.¹⁵ Regeringen har uttalat att ett hälsoekonomiskt ramverk är viktigt för att stärka arbetet med ekonomiska analyser och utvärderingar på folkhälsoområdet. Bland annat betonas behovet av ett enhetligt ramverk för ökad jämförbarhet och transparens i hälsoekonomiska underlag på folkhälsoområdet i syfte att skapa ett mer ändamålsenligt och effektivt folkhälsoarbete i Sverige.¹⁶

På regional och kommunal nivå finns liknande behov uttalade. Behoven avser bland annat stöd för ett mer systematiskt arbete med ekonomiska analyser och utvärderingar på folkhälsoområdet, vilket inkluderar både metodstöd och stöd för sammanställning av data och statistik för att följa folkhälsans utveckling på regional och kommunal nivå. Kommuner och regioner efterfrågar dessutom specifika stödformer såsom ökad kompetens, kunskapsbanker med metodstöd, nationella riktlinjer och rekommendationer samt stödmaterial inför prioriteringar.¹⁷

För att stärka förutsättningarna för att genomföra ekonomiska analyser på folkhälsoområdet finns det behov av tillgång till detaljerade data, tillämpbara metoder, samordning och samverkan mellan olika aktörer samt en tydlig ansvarsfördelning.

I dagsläget genomförs ekonomiska analyser och utvärderingar relaterade till folkhälsa oftast inom avgränsade sakområden såsom smittskydd, läkemedel eller behandlingar inom hälso- och sjukvården. Detta leder till en ofullständig bild av folkhälsopolitikens helhet och innebär att vissa områden riskerar att förbises. Det innebär också att ekonomiska utvärderingar ofta bygger på områdesspecifik praxis, vilket försvårar jämförelser mellan utvärderingar på olika områden.¹⁸

¹⁵ Prop. 2017/18:249 s. 4.

¹⁶ Dir. 2024:21 s. 4.

¹⁷ Folkhälsomyndigheten 2024.

¹⁸ SOU 2024:2.

2.4 Utmaningar med att tillämpa hälsoekonomiska analyser på folkhälsoområdet

Hälsoekonomiska analyser kan utgöra ett viktigt verktyg för att stärka beslutsunderlag inför prioriteringar och resursfördelning inom folkhälsoområdet, och kan bidra till ett systematiskt och transparent beslutsfattande. Tillämpningen av hälsoekonomiska analyser på folkhälsoområdet påverkas dock av en rad metodologiska och praktiska utmaningar som är kopplade till folkhälsoområdets tvärssektoriella, omfattande och dynamiska karaktär.

Folkhälsoområdets komplexitet innebär att det ekonomiska underlaget ofta begränsas till att bara omfatta en sektor, trots att en insats kan påverka flera sektorer. Enligt regeringens proposition God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (prop. 2017/18:249) är metoder för ekonomiska utvärderingar av folkhälsoåtgärder ännu inte fullt utvecklade och bedöms ha betydande förbättringspotential. För att hälsoekonomiska analyser ska kunna bidra till välgrundade beslut krävs både metodutveckling och anpassning till folkhälsoområdets särskilda förutsättningar.

I detta avsnitt ges en översiktlig beskrivning av utmaningarna som präglar tillämpningen av hälsoekonomiska analyser på folkhälsoområdet.

2.4.1 Att formulera frågeställningen och välja jämförelsealternativ

För att utreda kostnadseffektivitet av en insats behövs ett relevant jämförelsealternativ fastställas. En insats är aldrig kostnadseffektiv i sig själv, utan det är alltid i relation till något – vilket kan vara en alternativ insats, en behandling eller ingen insats alls – exempelvis kan införandet av ett vaccinationsprogram jämföras mot att inget vaccinationsprogram införs. Till skillnad från mer avgränsade områden, som exempelvis läkemedelsområdet, är folkhälsoområdet brett och sektorsövergripande, vilket gör att det omfattar insatser inom flera olika områden och förvaltningsnivåer. Folkhälsoarbetet bedrivs även inom vitt skilda målområden, exempelvis hälso- och sjukvård, utbildning, socialtjänst och arbetsmarknad, vilket innebär att det finns många möjliga jämförelsealternativ – alltså alternativa insatser. Denna variation av insatser med olika målgrupper och

effekter gör det svårt att entydigt fastställa vad som utgör det mest relevanta jämförelsealternativet i analysen, vilket i sin tur kan försvåra jämförelser och prioriteringar mellan insatser på folkhälsoområdet.

2.4.2 Behovet av mått för hälsoeffekter

För att kunna utvärdera effekten av en insats krävs ett mått som på ett enhetligt sätt fångar effekter på hälsa eller livskvalitet. Att mäta och värdera olika tillståndspåverkan på hälsa är komplext och utgör en central del av den hälsoekonomiska forskningen. Metoder för att kvantifiera effekter på hälsa är avgörande för att kunna rangordna alternativa insatser och därigenom skapa underlag för prioriteringar.

Inom folkhälsoområdet är denna uppgift särskilt utmanande, eftersom de samhälleliga förutsättningarna för god hälsa omfattar dimensioner av livskvalitet som sträcker sig bortom de rent fysiska aspekterna av hälsa och även innefattar ekonomisk och social trygghet, tillit och social samvaro.

I den mån horisontella prioriteringar – det vill säga prioriteringar mellan olika sektorer – är möjliga och önskvärda, krävs sammanfattande mått som kan användas för jämförelser både mellan behandlingar av olika tillstånd och mellan helt olika typer av samhällsinsatser. Detta ställer krav på utvecklade instrument för att mäta hälsa som omfattar dimensioner såsom exempelvis välbefinnande, delaktighet och sociala och ekonomiska levnadsförhållanden.

2.4.3 Utmaningar med att utvärdera effekter av folkhälsoinsatser

En central utmaning vid hälsoekonomiska analyser av folkhälsoinsatser är att dessa ofta riktas till stora befolkningsgrupper snarare än till enskilda individer. Detta försvårar användningen av utvärderingsmetoder som bygger på jämförelser mellan en grupp som tar del av en insats och en kontrollgrupp som inte gör det. Inom folkhälsopolitiken kan det dessutom vara både olämpligt och praktiskt omöjligt att slumpmässigt fördela individer till dessa grupper, särskilt när det gäller strukturella eller samhällsövergripande åtgärder såsom lagstiftning, beskattning eller förändringar i den fysiska miljön.

En ytterligare utmaning med att utvärdera effekterna av folkhälsoinsatser är att effekter av förebyggande och hälsofrämjande insatser ofta visar sig först efter lång tid. Detta innebär ytterligare metodologiska svårigheter för utvärderingen och ställer höga krav på en långsiktig och samordnad datainsamling.

Folkhälsoinsatser kan dessutom ge upphov till spridningseffekter, både över generationer och till andra grupper än den som insatsen ursprungligen riktades till. Sådana indirekta effekter gör det svårt att identifiera den direkta effekten av en insats och komplicerar bedömningen av det kontrafaktiska scenariot – det vill säga vad som skulle ha hänt om insatsen inte genomförts. Dessa metodologiska utmaningar innebär sammantaget att kausala slutsatser om folkhälsoinsatserns effekter ofta måste dras med försiktighet och med beaktande av den osäkerhet som präglar resultaten.

2.4.4 Betydelsen av datatillgång och samordning

En grundläggande förutsättning för att möjliggöra systematiska hälsoekonomiska analyser är tillgången till tillförlitliga data. Det handlar exempelvis om uppgifter om hälsoutfall, vårdkonsumtion, genomförda insatser, kostnader, produktivitet på arbetsmarknaden samt livsvillkor och levnadsvanor. För att säkerställa god datakvalitet och jämförbarhet krävs ofta samordning mellan kommuner, regioner och staten. En sådan samordning är även nödvändig för att kunna följa effekter av olika folkhälsoinsatser över tid.

2.4.5 Värdering av framtida hälsa

Eftersom effekter av folkhälsoinsatser kan uppkomma först långt efter att en insats har införts, aktualiseras frågan om hur framtida hälsa bör värderas i dag. Diskontering är en metod för att beräkna nuvärdet av framtida hälsoeffekter och kostnader, vilket möjliggör jämförelser över tid. Inom hälsoekonomiska analyser är det vanligt att hälsa, liksom kostnader, diskonteras. I praktiken innebär detta att framtida hälsovinster tillmäts ett lägre värde. Detta kan leda till att förebyggande insatser prioriteras i mindre utsträckning, eftersom kostnaderna uppstår omedelbart medan effekterna realiserats först på längre sikt. I stället kan åtgärder med mer omedelbara resultat

gynnas, även om den icke-diskonterade hälsovinsten är densamma. Detta väcker etiska frågor om hur vi bör väga dagens och framtidens välfärd mot varandra, särskilt när det gäller insatser som i första hand gynnar framtida generationer.

2.4.6 Avsaknad av etiska principer på folkhälsoområdet

Etiska frågor inom folkhälsoområdet berör vilka principer som bör ligga till grund för prioriteringar av olika folkhälsoinsatser, både utifrån svårighetsgrad och det målområde insatsen berör. Beslutsfattare står inför valet att införa folkhälsoinsatser inom områden av vitt skilda karaktär och med varierande svårighetsgrad: exempelvis förebyggande insatser mot skolavhopp, insatser för att motverka infektionssjukdomar som kan orsaka cancer, eller utformning av skolgårdar som främjar fysisk aktivitet och därigenom minskar risken för sjukdomar och förtida död. Sådana beslut innebär komplexa avvägningar där olika typer av hälsoutfall, befolkningsgrupper och tidsperspektiv behöver vägas mot varandra, liksom grundläggande värden som rättvisa, jämlikhet och uppfattningen om vilken svårighetsgrad olika hälsoproblem har.

Inom hälso- och sjukvården finns en etisk plattform för prioriteringar, vilken är fastställd av Riksdagen och en del av hälso- och sjukvårdslagen.¹⁹ Den etiska plattformen består av tre principer som är vägledande för beslut om resursallokering inom vården och läkemedelsområdet:

1. **Människovärdesprincipen:** Alla människor har lika värde och samma rätt till vård oavsett personliga egenskaper eller funktion i samhället.
2. **Behovsprincipen:** Resurser bör fördelas utifrån medicinska behov, vilket innebär att vård ska prioriteras där den är mest nödvändig.
3. **Kostnadseffektivitetsprincipen:** Vid prioritering mellan olika åtgärder ska en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i hälsa eller livskvalitet, eftersträvas.

¹⁹ Prop. 1996/97:60.

Motsvarande etiska principer saknas på folkhälsoområdet. En etisk plattform eller liknande vägledande principer skulle kunna vara relevanta även på folkhälsoområdet, särskilt som stöd vid prioriteringar. Etiska principer är också relevanta för utformningen och genomförandet av de ekonomiska analyserna i sig. De kan påverka vilka effekter som bör inkluderas i en analys, såsom produktivitets- och konsumtionsbortfall, effekter på närstående eller fördelningsaspekter mellan olika grupper i befolkningen.

2.4.7 Betydelsen av samordning och kunskapspridning

För att kunna bedöma effekterna av folkhälsoinsatser är det viktigt att dessa, i så hög utsträckning som möjligt, utformas och implementeras på ett sätt som möjliggör systematisk utvärdering i efterhand.²⁰ Det förutsätter att utvärderingsaspekter beaktas redan i planeringsfasen, exempelvis vad gäller målformulering, val av utfallsmått, datainsamling och jämförelsegrupper och om pilotverksamhet eller stegvis implementering är möjlig. Det kräver också tydliga strukturer för hur och av vem uppföljning och utvärdering ska genomföras, samt hur resultaten ska användas som underlag för beslut om att fortsätta, justera eller avsluta en insats.

Ytterligare en utmaning gäller spridning och nyttiggörande av resultat och slutsatser från ekonomiska analyser. Underlag som bygger på ekonomiska analyser kan vara mycket komplexa. För att resultaten ska komma till praktisk nytta krävs en tydlig och transparent redovisning av både tillvägagångssätt, resultat och slutsatser. Det behövs ändamålsenliga verktyg för visualisering av resultat, samt lättillgängliga plattformar som samlar och strukturerar kunskapsunderlag. En mer systematisk kunskapsöverföring är viktig för att befintliga erfarenheter ska tas till vara i framtida prioriteringar och insatser. Det är också en förutsättning för att kunna identifiera kvarstående kunskapsluckor och behov av vidare analys.

²⁰ Se exempelvis Prop. 2017/18:249.

2.5 Exempel på metodologiska utmaningar vid utvärdering av folkhälsoinsatser

Låt oss ta ett konkret exempel för att illustrera varför både effektutvärdering och ekonomisk utvärdering av folkhälsoinsatser kan vara utmanande. Antag att en nationell insats införs där psykisk hälsa sätts på schemat i skolan. Psykisk hälsa på schemat är en insats som syftar till att stärka elevers psykiska och sociala välbefinnande. Låt oss vidare anta att denna insats riktas till samtliga elever i årskurs sex och implementeras samtidigt i hela landet. Det innebär att insatsen omfattar hela populationen av sjätteklassare, snarare än en avgränsad riskgrupp.

Att utvärdera effekterna av en sådan insats är metodologiskt komplicerat av flera skäl. Eftersom alla elever i årskurs sex omfattas av insatsen samtidigt, finns ingen jämförbar kontrollgrupp under samma tidsperiod. Det är förstås möjligt att jämföra med tidigare årskullar (äldre kohorter), men detta innebär en risk för systematiska skillnader som inte beror på insatsen såsom förändringar i skolmiljö, samhällstrender eller andra samtida insatser.

En ytterligare svårighet är att de önskade effekterna av insatsen såsom minskad psykisk ohälsa, förbättrade skolresultat och i förlängningen ökad arbetsförmåga –uppstår långt efter att insatsen genomförts. Att mäta dessa långsiktiga effekter kräver omfattande uppföljning och tillgång till detaljerade, och helst individbaserade, data över tid. Dessa data saknas i dagsläget eftersom det inte finns tillgång till sammanhållna hälsodataregister från primärvården och elevhälsan, vilket begränsar möjligheten till sådan uppföljning. Det är dessutom metodologiskt utmanande att både identifiera vilka grupper som påverkas av insatsen och isolera insatsens effekter från andra samtida faktorer.

En annan central utmaning handlar om hur hälsoeffekter från insatsen bör mätas och värderas. Hur sätter vi ett kvantitativt värde på minskad psykisk ohälsa, förbättrade skolresultat eller ökad arbetsförmåga i framtiden? Hur jämför vi dessa effekter med resultat från insatser inom andra sektorer, till exempel hälso- och sjukvården? Det saknas ofta etablerade metoder för att bedöma och jämföra denna typ av långsiktiga utfall.

Ytterligare en utmaning rör hur kostnader och effekter som inträffar vid olika tidpunkter görs jämförbara. I ekonomiska utvärder-

ingar omräknas framtida effekter till ett så kallat nuvärde, det vill säga diskontering. Detta påverkar ofta bedömningen av folkhälsoinsatsers kostnadseffektivitet negativt, eftersom kostnaderna, till exempel för utbildning av skolpersonal och utveckling av undervisningsmaterial, uppstår omedelbart, medan de positiva effekterna visar sig först på lång sikt. Följden kan bli att en förebyggande insats som psykisk hälsa på schemat framstår som mindre kostnads-effektiv än en behandlande åtgärd med mer omedelbara effekter, trots att den långsiktiga samhällsnyttan kan vara betydande.

Sammantaget finns det en rad metodologiska utmaningar avseende uppföljning och utvärdering på folkhälsoområdet. Det finns behov av metodutveckling och nära samverkan med akademien.²¹ En mer fördjupad genomgång av metodologiska utmaningarna som präglar folkhälsoområdet återfinns i kapitel 10.

²¹ Enligt regeringens proposition 2017/18:249 kan metodiken för att genomföra ekonomiska utvärderingar av folkhälsoåtgärder anses vara dåligt utvecklad och har förbättringspotential.

3 Utredningens perspektiv, tolkning av begrepp och val av terminologi

I detta kapitel redogör vi för utredningens tolkning av relevanta begrepp i förhållande till uppdraget, val av terminologi samt de perspektiv och utgångspunkter som präglar utredningens syn på vad begrepp som hälsa, folkhälsa, folkhälsoinsatser, utvärdering och uppföljning innebär.

3.1 Utredningens tolkning av begreppen hälsa, folkhälsa, folkhälsoarbete och folkhälsoinsats

3.1.1 Vad är hälsa?

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) definieras *hälsa* inte enbart som frånvaro av sjukdom och ohälsa, utan som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande (WHO:s konstitution antagen vid Världshälsoforsamlingens möte 1946, giltig 7 april 1948).¹ Sjukdom innebär en avvikelse från normal kropps-funktion medan hälsa är ett vidare begrepp som enligt WHO:s definition även innefattar välbefinnande och förmåga till handling.

Enligt WHO är hälsa en mänsklig rättighet och förutsättning för att individer ska kunna leva ett fullvärdigt liv. Hälsa är även avgörande för individens och samhällets sociala och ekonomiska utveckling.² Inom humankapitalteorin ses hälsa som en tillgång hos individ och samhälle, vilken bidrar till produktivitet och ekonomisk tillväxt.³

¹ Konstitutionen har uppdaterats vid Världshälsoforsamlingens möten med följande tillägg: resolutionerna WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 och WHA51.23.

² Se exempelvis FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948.

³ Se exempelvis Schultz 1962, Grossman 1972 & Becker 2007.

Utredningens definition av hälsa baseras på WHO:s definition samt den som används inom den svenska, av riksdagen beslutade, folkhälsopolitiken. I den proposition som ligger till grund för dagens folkhälsopolitiska ramverk, vilken antogs av Sveriges riksdag 2018, definieras hälsa i huvudsak i linje med WHO:s definition.⁴

Det beslutade folkhälsopolitiska ramverket fokuserar på hälsans påverkbara bestämningsfaktorer och bygger på att hälsa är en fråga för samhället i stort och att all offentlig verksamhet har en grundlagsstadgad skyldighet att trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa.^{5,6}

Hälsan beror på en rad olika faktorer bland annat livsvillkor, levnadsvanor, levnadsförhållanden och genetiska faktorer.⁷ Dessa faktorer kallas för *hälsans bestämningsfaktorer*, eller hälsans förutsättningar. Enligt WHO utgörs hälsans bestämningsfaktorer, av bland annat sociala och ekonomiska förhållanden, den fysiska miljön, individers egenskaper och beteenden, inkomst och social status, utbildning, arbetsförhållanden och sysselsättning, sociala nätverk, kulturella faktorer, miljöfaktorer, tillgång till hälso- och sjukvård samt kön och ålder.

Bestämningsfaktorerna belyser hur hälsan bestäms av en mängd olika faktorer som helt, eller delvis, ligger utanför individers kontroll. Både WHO och det svenska folkhälsopolitiska ramverket betonar vikten av samhället och dess strukturer för individens hälsa. Här är ett sektorövergripande perspektiv av vikt för att förstå hälsans bestämningsfaktorer samt dess komplexa samspel. En bestämningsfaktor innebär inte att den ensam avgör ett visst utfall, utan snarare att den ökar sannolikheten för att just det utfallet ska inträffa.

3.1.2 Vad är folkhälsa?

Folkhälsa är ett begrepp för hela befolkningens samlade hälsotillstånd med fokus på hälsans påverkbara bestämningsfaktorer. Folkhälsa handlar både om befolkningens samlade hälsotillstånd och hälsans fördelning mellan olika grupper, som exempelvis unga och

⁴ Prop. 2017/18:249 s. 7.

⁵ Prop. 2017/18:249.

⁶ 1 kap. 2 § regeringsformen (RF).

⁷ Dahlgren & Whitehead 2021 s. 22.

gamla, hög- och lågutbildade, människor som bor i stad eller på landsbygd.⁸

Kommissionen för jämlik hälsa betonar att och redogör för hur ojämlikhet⁹ i hälsa är ett stort samhällsproblem- både utifrån individperspektivet och samhällsperspektivet.¹⁰ Sociala skillnader i hälsa beror till stor del på ohälsa som är möjlig att förebygga och behandla. Det innebär att dessa skillnader inte är oundvikliga, utan i hög grad påverkas av samhällets strukturer och insatser. Det finns både rättviseaspekter, eftersom alla individer bör ha samma möjligheter till god hälsa, och starka ekonomiska motiv för att skapa samhälleliga förutsättningar för god hälsa i hela befolkningen.¹¹

Utredningens definition av hälsa och folkhälsa

Utredningens definition av hälsa baseras på WHO:s definition av hälsa, det vill säga både frånvaro av sjukdom och ohälsa, såväl som ett tillstånd av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande. Folkhälsa definieras enligt regeringens proposition *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik* (prop. 2017/18:249) det vill säga som hela befolkningens hälsotillstånd, sett ur ett jämlikhetsperspektiv.

3.1.3 Vad innebär ett förebyggande och hälsofrämjande folkhälsoarbete?

Folkhälsoarbete syftar till att främja hälsa och motverka sjukdom i befolkningen. Folkhälsoarbetet utgår från två centrala delar: det förebyggande (*preventiva*) arbetet och det hälsofrämjande arbetet (*hälsopromotion*). Begreppet prevention kommer ursprungligen från det latinska "praevenio" som betyder "att komma före". Enligt WHO¹² definieras det preventiva arbetet som:

⁸ Prop. 2017/18:249 s. 7–9.

⁹ SOU 2016:55, kommissionen för jämlik hälsa definierar ojämlikhet i hälsa som: "Systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position." och "Den ojämlika hälsan handlar dock även om skillnader mellan män och kvinnor, mellan människor med olika ursprung eller etnisk tillhörighet, mellan åldersgrupper och mellan människor i olika delar av landet."

¹⁰ SOU 2016:55 s. 14–15.

¹¹ Ibid s. 25.

¹² Se exempelvis WHO 2008.

tillvägagångssätt och aktiviteter som syftar till att minska sannolikheten för att en sjukdom eller störning kommer att drabba en individ, avbryta eller bromsa sjukdomens utveckling eller minska funktionsnedsättningen.

På svenska används begreppet förebyggande ofta synonymt med prevention. Inom hälso- och sjukvården avser det främst sjukdomsförebyggande arbete, där fokus ligger på att förhindra att sjukdomar uppstår, till skillnad från behandlande åtgärder. Samtidigt kan många behandlande insatser även ha förebyggande och hälsofrämjande effekt. Utanför hälso- och sjukvården, inom andra delar av folkhälsoområdet, omfattar det förebyggande arbetet även insatser som syftar till att minska exempelvis sociala problem och olyckor.

Både smittsamma och icke-smittsamma sjukdomar är centrala inom det förebyggande folkhälsoarbetet. När det gäller smittsamma sjukdomar består det förebyggande arbetet av bland annat vaccinationsprogram - exempelvis vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund. För icke-smittsamma sjukdomar handlar det ofta om insatser som minskar riskfaktorer i befolkningen, såsom tobaksbruk eller fysisk inaktivitet.

Inom folkhälsoarbetet används ofta begreppen primärprevention, sekundärprevention och tertiärprevention. Primärprevention syftar till att förhindra att sjukdom eller ohälsa uppstår, genom att minska riskfaktorer, exempelvis genom insatser som motverkar tobaksrökning eller fysisk inaktivitet. Sekundärprevention handlar om att förhindra återinsjuknande men kan även omfatta att upptäcka sjukdomar i ett tidigt stadium. Exempel är förskrivning av vissa läkemedel för att sänka högt blodtryck eller screening för att möjliggöra tidig behandling av högt kolesterol. Tertiärprevention avser vanligtvis behandling för att bromsa eller stoppa en sjukdom som redan utvecklats. Målet är att förbättra personens funktionsförmåga och livskvalitet, genom att exempelvis minska smärta och förebygga komplikationer.

Begreppet hälsofrämjande används mer sällan än förebyggande, men omfattar en bredare ansats. Hälsofrämjande arbete handlar om att stärka de samhällsliga förutsättningarna för god hälsa i befolkningen genom att utveckla och förstärka skyddsfaktorer på befolknings-, grupp- och individnivå.¹³ Det kan exempelvis handla om utbildningsinsatser som syftar till att öka kunskapen om hälsosamma levnadsvanor eller om att förbättra människors möjlighet till försörj-

¹³ Se exempelvis Madi & Hussain 1995 s. 1.

ning. WHO beskriver det hälsofrämjande arbetet som insatser som stärker skyddsfaktorer.¹⁴ Detta kan definieras som:

Den process som möjliggör för individer, grupper, organisationer och samhällen, att öka kontrollen över de faktorer som påverkar hälsan och därigenom förbättra den.

Det hälsofrämjande arbetet syftar till att stärka individers och gruppers resurser att hantera påtryckningar eller situationer som kan öka risken för ohälsa, och kan därigenom bidra till att både förebygga sjukdom och till att stärka hälsa.

3.1.4 Vad innebär en folkhälsoinsats?

En *folkhälsoinsats* är olika typer av aktiviteter och tillvägagångssätt som syftar till att främja hälsa och förebygga sjukdom. En folkhälsoinsats kan riktas mot individer, grupper eller hela befolkningen.

En folkhälsoinsats som riktar sig mot en viss riskgrupp kallas för riktad insats medan en insats riktad mot hela befolkningen kallas för universell insats. En riktad insats är exempelvis att nyanlända erbjuds hälsosamtal inom hälso- och sjukvården medan en universell insats är att alla barn och familjer erbjuds att ta del av det nationella barnhälsovårdsprogrammet.

Folkhälsoinsatser som fördelas i proportion till identifierade behov kallas *proportionell universalism*.¹⁵ Ett exempel är att alla barn erbjuds ett nationellt barnhälsovårdsprogram, medan familjer och barn i mer utsatta situationer kan erbjudas ett utökat stöd.

Folkhälsoinsatser riktar sig ofta till breda grupper i samhället, snarare än till enskilda individer. Exakt var gränsen går för hur många som måste omfattas för att insatsen ska definieras som en folkhälsoinsats varierar dock beroende på sammanhang. Eftersom det övergripande målet för folkhälsopolitiken är en jämlik hälsa i befolkningen, kan även insatser som riktar sig till mindre grupper, om dessa har en särskilt hög sjukdomsberda, bidra till att minska hälsoklyftor. Därmed kan även sådana insatser anses utgöra en folkhälsoinsats.

Hälsa påverkas av en mängd olika faktorer, ofta sådana som går att påverka genom samhällsåtgärder. Därför sker folkhälsoinsatser inom många olika sektorer och områden, exempelvis i skolan, på

¹⁴ Se exempelvis Winroth 2014.

¹⁵ Se exempelvis Marmot m.fl. 2010.

arbetsmarknaden, inom utbildningsväsendet, i närmiljön eller inom hälso- och sjukvården. Folkhälsoinsatser görs även inom alla förvaltningsnivåer och genom både privata och offentliga aktörer. En folkhälsoinsats kan vara en enskild aktivitet, men utgörs främst av det systematiska, pågående och långsiktiga arbete som sker löpande inom till exempel skola, vård eller omsorg. Exempel på både förebyggande och hälsofrämjande folkhälsoinsatser är bland annat:

- Tillgång till förskola
- Grundskoleutbildning
- Lagad lunch i skolan
- Mödrahälsovårdsprogram
- Barnhälsovårdsprogram
- Vaccinationsprogram
- Alkoholskatt
- Krav på bilbälte i trafiken
- Förbud mot tobaksrökning på restaurang och barer
- Sociala trygghetssystemen såsom barnbidrag, föräldrapenning, ekonomiskt bistånd med mera
- Arbetsmiljölagar
- Insatser för att främja arbetsmarknadsdeltagande
- Insatser för att främja tillit till samhällets institutioner
- Program för att motverka kriminalitet eller återgång i kriminalitet.

Sammanfattningsvis finns inte en entydig avgränsning för vad som kan anses vara en folkhälsoinsats. Utredningens tolkning av vad som utgör en folkhälsoinsats är allt organiserat och systematiskt folkhälsoarbete som syftar till att förbättra hälsan i befolkningen. Det kan handla om insatser som riktas till såväl hela befolkningen som specifika grupper. Det kan handla om insatser som påverkar sjukdom och hälsa direkt samt dess riskfaktorer eller skyddsfaktorer.

3.2 Utredningens syn på begreppen utvärdering, analys och uppföljning

Det finns många olika definitioner av begreppet *utvärdering*. En utvärdering kan definieras som en ”noggrann efterhandsbedömning av utfall, slutprestationer och förvaltning i offentlig verksamhet” och anses bestå av två komponenter: *kvalificerad uppföljning* och *effekt-mätning*.¹⁶ Det råder dock oenighet huruvida begreppet utvärdering avser både utvärderingar *ex-ante* (före en insats har genomförts) eller enbart *ex-post* (efter att en insats har genomförts).¹⁷ Enligt EU-förordningen 2017/625 avser utvärderingar av offentlig verksamhet både utvärderingar *ex-ante*, under insatsens gång, samt *ex-post*.

Ytterligare ett begrepp som är relevant i sammanhanget är begreppet *analys*. Detta begrepp kan anses vara ett allmänt och mer omfattande begrepp som inkluderar utvärdering, och därutöver även omfattar egna aktiviteter som undersöker eller beskriver olika tillstånd.¹⁸

Slutligen är begreppet *uppföljning* också av intresse för utredningens uppdrag. Uppföljning kan anses vara närbesläktat med utvärdering¹⁹ men kan även definieras på ett enklare vis som att det avser *datainsamling, statistikproduktion samt bearbetning och analys av detta*.²⁰

¹⁶ Vedung 1997.

¹⁷ ITPS 2008 s. 8–15.

¹⁸ SOU 2018:79.

¹⁹ Uppföljning kan avse kvalificerad uppföljning motsvarande engelskans ”monitoring” enligt Vedung.

²⁰ Se exempelvis SOU 2021:103.

Tolkning och val gällande begreppen utvärdering, analys och uppföljning

Utredningen anser att så kallade *ex-ante* utvärderingar bör omfattas i begreppet utvärdering. Detta beror på att utvärderingar av förväntade effekter är centralt inom hälsoekonomin (som stöd inför en prioritering).

Vidare anser utredningen att begreppet *analys* är ett brett begrepp som, utöver utvärdering, även omfattar egna aktiviteter som undersöker eller beskriver olika tillstånd och dess realiserade eller förväntade konsekvenser.

Därtill väljer utredningen att definiera *uppföljning* som *data-insamling, statistikproduktion samt bearbetning och analys av detta*. Sammanfattningsvis anser utredningen att:

- *ex-ante-utvärderingar* är ett viktigt inslag i begreppet utvärdering,
- *analys* är ett begrepp som, utöver utvärdering, även omfattar aktiviteter som undersöker eller beskriver olika tillstånd,
- *uppföljning* avser datainsamling, statistikproduktion samt bearbetning och analys av detta.

3.3 Vårt val av terminologi avseende utvärderings- och analysmetoder inom folkhälsoområdet

I utredningens direktiv används begreppen *hälsoekonomiska utvärderingar* och *hälsoekonomiska analyser*. I direktiven efterfrågas ett hälsoekonomiskt ramverk på folkhälsoområdet som omfattar både deskriptiva analyser och prognoser samt hälsoekonomiska utvärderingar. Mot den bakgrunden finns det behov av att tydligt definiera vad som i detta betänkande avses med hälsoekonomiska utvärderingar och analyser.

En hälsoekonomisk utvärdering syftar på metoder som används för att jämföra kostnader och effekter mellan **alternativa tillvägagångssätt** på hälso- och sjukvårdsområdet. För att utvärdera kostnadseffektiviteten i en specifik insats måste det finnas ett *jämförelsealternativ* (vilket också kan vara ett scenario utan en alternativ insats). Exakt vilka metoder som kan anses vara metoder för specifikt hälsoeko-

nomiska utvärderingar, och inte ekonomiska utvärderingar mer generellt, råder det inte konsensus kring. Till exempel används begreppet *hälsoekonomisk utvärdering* ofta specifikt för metoder som kostnadseffektivitetsanalys (CEA). CEA är den vanligaste metoden för utvärdering av kostnadseffektivitet på hälsoområdet, speciellt kostnadseffektivitetsanalys där hälsoutfallet mäts med kvalitetsjusterade levnadsår (QALY: quality adjusted life years).²¹ Till skillnad från CEA betraktas en metod som kostnadsintäktanalys (CBA), där utfallet mäts i monetära termer, ofta som en mer generell metod eftersom den även tillämpas på andra områden som inte berör specifikt hälsa. CBA anses därför ibland vara en hälsoekonomisk utvärderingsmetod och ibland inte.²²

Hälsoekonomiska analyser kan ses som ett bredare begrepp som, utöver metoder för att utvärdera kostnadseffektiviteten i alternativa insatser, även inkluderar ytterligare metoder som exempelvis de som beskriver de samhällsekonomiska konsekvenserna av en sjukdom eller ett tillstånd – så kallade *sjukdomskostnadsstudier* (COI: *cost of illness*).

Ekonomiska utvärderingar och *ekonomiska analyser* är vedertagna begrepp som omfattar metoder för ekonomisk utvärdering och analys med bredare tillämpning även på områden utanför hälso- och sjukvården. Ibland används även begreppen *samhällsekonomiska analyser och utvärderingar* för att betona valet av samhällsperspektivet (och inte budgetperspektivet). En mer detaljerad genomgång av dessa begrepp och metoder ges i avsnitt 6.3.

För att bedöma kostnadseffektivitet behövs även kunskaper om insatsers effekter. Begreppet *effektutvärdering* är därför relevant i sammanhanget och beskrivs mer detaljerat i avsnitt 6.3.2.

Utredningen anser att det i stället för begreppen hälsoekonomisk utvärdering och analys är lämpligt att använda de bredare begreppen ekonomisk utvärdering och analys vilka omfattar olika metoder för ekonomisk utvärdering och analys som kan tillämpas inom olika sektorer. Detta är särskilt viktigt med hänsyn till i) en bred definition av hälsa²³ och ii) folkhälsoområdets tvärsektoriella karaktär. De valda begreppen inkluderar därför utvärderings- och analysmetoder som kan tillämpas inom olika områden och anpassas för att mäta

²¹ SOU 2024:02.

²² Se exempelvis SOU 2024:02 & SBU 2023.

²³ Utredningen definierar hälsa enligt WHO:s breda ansats som, utöver frånvaro av sjukdom, innefattar välbefinnande, förmågor och funktioner (WHO 1948).

olika aspekter av effekter med hjälp av varierande mått. Att det inom folkhälsoområdet är en utmaning att hitta metoder och utfallsmått som är lämpliga för samtliga sektorer och områden är en av flera metodologiska utmaningar och överväganden som utredningens förslag fokuserar på. Dessa frågor behandlas mer ingående i kapitel 10. I detta betänkande används primärt begreppen ekonomiska analyser och ekonomiska utvärderingar som begrepp för att beskriva en rad olika metoder för analys och utvärdering som är tillämpbara på folkhälsoområdet.

Tolkning och val gällande begreppen ekonomisk analys och utvärdering

Utredningen väljer att använda de bredare begreppen *ekonomiska utvärderingar* och *analyser* för att betona folkhälsoområdets breda och sektorsövergripande karaktär.

I det hälsoekonomiska ramverk som föreslås i detta betänkande ingår alltså ett brett spektrum av teorier och metoder som tillämpas inom nationalekonomin och närliggande kunskapsområden.

4 Utgångspunkter, angreppssätt och avgränsningar för utredningens arbete

I avsnitten nedan beskrivs utredningens utgångspunkter, angreppssätt och avgränsningar.

4.1 Utredningens angreppssätt är brett – i likhet med folkhälsopolitiken

Den breda ansats som Sveriges folkhälsopolitik vilar på speglar både hälsans komplexitet och folkhälsans tvärsektoriella karaktär. Grunden till denna bredd återfinns i WHO:s omfattande definition av hälsa som inte enbart handlar om frånvaro av sjukdom utan också betonar vikten av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande.

Både Sveriges internationella och nationella folkhälsopolitiska åtaganden fokuserar på de påverkbara faktorer som påverkar hälsa på såväl samhälls- som individnivå. Mot denna bakgrund har riksdagen fastställt åtta målområden som ska spegla samhällseliga förutsättningar för god och jämlik hälsa, vilket omfattar flera samhällssektorer (se kapitel 5).¹ Folkhälsoarbetet bedrivs därför sektorsövergripande och på flera nivåer i samhället – nationellt, regionalt och lokalt.

Med detta som utgångspunkt har utredningen valt att anta ett brett angreppssätt för det föreslagna hälsoekonomiska ramverket, vilket innebär att det vilar på hela det folkhälsopolitiska ramverket. Samtidigt finns det områden där ekonomiska analyser av olika slag är mindre relevanta eftersom det kan vara svårt att kvantifiera vissa utfall, som exempelvis delaktighet i samhället. I sådana fall kan andra typer av metoder och ansatser vara mer lämpliga.

¹ Prop. 2017/18:249 s. 30.

Sammanfattningsvis ställer utredningens val av ett brett perspektiv, baserat på hela det folkhälsopolitiska ramverket, höga krav på metod, etiska överväganden, organisatoriska insatser och praktiska tillämpningar. Det medför även behov av en tydlig och konsekvent terminologi, eftersom begreppet hälsa, inom det folkhälsopolitiska perspektivet, omfattar flera dimensioner och aspekter av såväl välbefinnande som förmågor.

4.2 Häloekonomiskt ramverk på folkhälsoområdet: syfte, innehåll och målgrupp

4.2.1 Syften och ändamål

Utredningens övergripande syfte är att föreslå ett häloekonomiskt ramverk som bidrar till en mer effektiv folkhälsopolitik. Målet med ett häloekonomiskt ramverk inom folkhälsoområdet är att, med stöd av nationalekonomiska teorier och empiriska metoder, tillhandahålla beslutsfattare med underlag vid prioriteringsbeslut som kan omfatta följande:

- Utvecklingen av ohälsa och dess riskfaktorer (samt hälsa och dess skyddsfaktorer) i befolkningen och hur den är fördelad mellan olika grupper.
- De samhällsekonomiska kostnaderna för ohälsa (och dess riskfaktorer) samt hur dessa kostnader förväntas utvecklas över tid.
- Kunskap om vilka folkhälsoinsatser som kan förebygga ohälsa och minska ojämlikhet i hälsa, genom att ta reda på insatsers effekter och kostnader och hur de förhåller sig till varandra, exempelvis genom kostnadseffektivitetsanalyser.

4.2.2 Ramverkets innehåll

Enligt utredningens tolkning av direktiven, ska det ramverk som föreslås i betänkandet omfatta:

- information om befintliga datakällor med betydelse för folkhälsoområdet,

- förslag kring data som saknas och som utredningen anser behövs samlas in på nationell nivå,
- ett batteri av olika metoder tillämpbara på folkhälsoområdet för att följa hälsan i befolkningen och utvärdera folkhälsopolitiken,
 - det är frågeställningen och datatillgången i varje enskilt fall som avgör vilken ekonomisk metod som är mest lämpad,
 - det kan handla om kostnadseffektivitetsanalys, effektutvärdering eller ekonomiska resonemang om hur kostnader förhåller sig till uppnådda effekter.
- vägledning vid olika metodologiska överväganden och förfaranden som syftar till att öka transparens och jämförbarhet mellan olika analyser,
- förslag på huvudmannaskap för olika uppgifter och aktiviteter,
- förslag på spridning och nyttiggörande, samt
- förslag kring övriga organisatoriska satsningar av strukturell karaktär.

4.2.3 Ramverkets målgrupper

Utredningen bedömer att en viktig utgångspunkt är att det föreslagna hälsoekonomiska ramverket ska vara användbart för alla sektorer som har bäring på folkhälsoarbetet. Det är viktigt att ramverkets infrastruktur reflekterar det sektorsövergripande arbete som folkhälsopolitiken innebär. I syfte att stötta hela det svenska folkhälsoarbetet är målgruppen för det föreslagna ramverket såväl praktiker som beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå.

4.3 Samhällsperspektivet som utgångspunkt i de ekonomiska analyserna

En ekonomisk utvärdering kan ha olika perspektiv, antingen ett *samhällsperspektiv* eller ett *hälso- och sjukvårdsperspektiv* (*budgetperspektiv*). Ett samhällsperspektiv innebär att alla direkta och indirekta effekter och kostnader från en insats på individens och samhällets

välfärd ska ingå i analysen. Samhällsperspektivet ger en helhetsbild av insatsens konsekvenser för samhället i stort, vilket kan jämföras med ett hälso- och sjukvårdsperspektiv där analysen begränsas till att undersöka kostnader och effekter inom hälso- och sjukvården.

I praktiken kan det dock vara svårt, för att inte säga omöjligt, att mäta alla kostnader och effekter, med tanke på att insatser kan generera långsiktiga och även indirekta konsekvenser. Dessutom kan det finnas etiska överväganden om vilka kostnader och effekter som är lämpliga att inkludera i beslutsunderlaget. Att inkludera produktivitet i en kostnadseffektivitetsanalys av en hälsofrämjande insats kan anses vara etiskt problematiskt eftersom kostnaden per vunnen hälsoeffekt blir lägre för yngre personer med flera återstående arbetsår jämfört med äldre personer.

Huruvida ett samhällsperspektiv tillämpas i ekonomiska analyser och utvärderingar med bäring på folkhälsområdet kan skilja sig åt mellan olika områden och mellan olika aktörer. Exempelvis tillämpar Folkhälsomyndigheten ett samhällsperspektiv i sina hälsoekonomiska utvärderingar av nationella vaccinationsprogram som inkluderar produktivitetsförluster vid sjukdom, medan TLV tillämpar ett så kallat begränsat samhällsperspektiv som inte beaktar produktivitetsförluster vid sjukdom.² Ingen av myndigheterna tar hänsyn till kostnad för ökad överlevnad i sina utvärderingar. Inom hälso- och sjukvårdsområdet är det vanligt att anta ett budgetperspektiv i hälsoekonomiska utvärderingar.³

Givet att folkhälsopolitiken har ett sektorsövergripande samhällsperspektiv anser utredningen att samhällsperspektivet bör stå i centrum i det föreslagna hälsoekonomiska ramverket.

4.4 Utredningens syn på vad som bör utvärderas och när

Traditionen att den offentliga verksamheten ska utvärderas, analyseras och genomgå uppföljningar kommer till uttryck i såväl grundlag som lag och även i en rad förordningar. I 4 kap. 8 § Regeringsformen (RF) anges att varje utskott följer upp och utvärderar riksdagsbeslut inom utskottets ämnesområde. I Budgetlag (2011:203) (budgetlagen) finns

² SOU 2024:02 s. 198.

³ Se mer information i kapitel 7.

krav på effektiv resursanvändning och utvärdering av offentlig verksamhet. Av 1 kap. 3 § budgetlagen följer att hög effektivitet ska eftersträvas och god hushållning iakttas i statens verksamhet. Med statens verksamhet avses enligt budgetlagen sådan verksamhet som sköts av regeringen, domstolarna och de förvaltningsmyndigheter som lyder under regeringen.

Ytterligare krav på uppföljning och utvärdering finns i 3 kap. 1 § förordning (2000:605) om årsredovisning och budgetunderlag, som anger att varje myndighet har ansvar att utvärdera och följa upp sin verksamhet och sitt uppdrag.

För folkhälsoområdet saknas specifik lagstiftning som samlar reglerar folkhälsopolitiken. I stället regleras den nationella folkhälsopolitiken genom rättslig reglering i olika sakområdesspecifika lagar och förordningar, samt genom nationellt riksdagsbeslutade mål.⁴ Exempel är smittskyddslagen, läkemedelsförmånslagen, arbetsmiljölagen, socialtjänstlagen, skollagen, hälso- och sjukvårdslagen, alkohollagen och lagen om tobak och nikotinprodukter.⁵ Det finns därmed inget enhetligt rättsligt krav som reglerar att folkhälsoarbetet i dess helhet ska utvärderas och följas upp ur ett ekonomiskt perspektiv. Rättsliga krav på ekonomisk utvärdering finns främst inom smittskyddet, läkemedelsförmånsområdet och, i viss mån, hälso- och sjukvården.⁶

Utgångspunkterna för det hälsoekonomiska ramverk som föreslås i betänkandet vilar på den långa traditionen inom svensk förvaltning att löpande utvärdera offentlig verksamhet. Utvärderingar och analyser är centrala verktyg för att säkerställa att förvaltningen uppfyller sina grundläggande uppgifter: att styra riket, bedriva effektiv verksamhet och redovisa resultat till riksdagen.⁷

Analyser och utvärderingar är avgörande för att besvara frågor om vilka konsekvenser en viss politik kan förväntas ha eller har haft i praktiken. Genom att belysa dessa samband skapas kunskapsunderlag som är till hjälp för att utveckla befintliga verksamheter eller vid prioriteringar för nya beslut. Ett ytterligare skäl för att analysera, utvärdera och följa upp offentlig verksamhet är att säkerställa öppen-

⁴ Folkhälsomyndigheten 2025a.

⁵ Ibid.

⁶ Enligt prop. 2011/12:23 ska en bred samhällsekonomisk analys av vaccination mot den sjukdom som ingår i ett nationellt vaccinationsprogram genomföras, 2 kap. 3 e § smittskyddslagen (2004:168).

⁷ SOU 2018:79 s. 207.

het och transparens gentemot medborgarna. Detta bidrar till legitimiteten för de politiska beslut som fattas.⁸

Samtidigt är en utgångspunkt för utredningen att samtliga insatser på folkhälsoområdet varken kan eller bör utvärderas. Eftersom utvärdering i sig är resurskrävande bör utvärderingar generellt sett föregås av behovsanalyser. En utvärdering av en viss insats bör göras vid behov, i syfte att fylla en viss kunskapslucka antingen inför ett beslut om att införa eller fortsätta utföra en viss insats.⁹ Behovet av utvärdering och uppföljning behöver bland annat sättas i relation till dess kostnader och hur det belastar myndigheters, regioners och kommuners administrativa börda. Det kan även finnas andra skäl till att utvärdering inte är lämplig eller möjlig, såsom praktiska, etiska eller politiska skäl.

Utredningen anser att ekonomisk analys eller effektutvärdering är motiverad:

- när det saknas kunskap om måluppfyllelse av nuvarande verksamhet eller genomförd politik (vilket avser både utveckling av folkhälsan i förhållande till det folkhälsopolitiska målet samt utvärdering av folkhälsopolitiska insatser),
- när det saknas kunskap om insatsers förväntade effekter, kostnader och kostnadseffektivitet inför prioriteringar, samt
- när kostnaderna inklusive administrativ börda (för kommuner, regioner och myndigheter) för ekonomisk analys och effektutvärdering är rimliga i förhållande till nyttan av underlaget.

⁸ SOU 2018:79 s. 209.

⁹ Forslund & Öckert 2018.

4.5 Utredningens kartläggning av kommuners och regioners behov av ekonomiska analyser och metodstöd

I arbetet med att föreslå ett kompletterande hälsoekonomiskt ramverk har utredningen haft regioners och kommuners behov av ekonomiska analyser och metodstöd som utgångspunkt. I detta avsnitt presenteras en översiktlig kartläggning av centrala förutsättningar för att stärka uppföljning och utvärdering av folkhälsan och folkhälsopolitiken i kommuner och regioner. Syftet är att belysa vilka förutsättningar som i dag finns, och vilka som behöver utvecklas, för att möjliggöra en mer systematisk uppföljning av folkhälsopolitiken, genomförande av ekonomiska analyser och effektutvärderingar, samt spridning och tillämpning av kunskap om effektiva hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Utredningen har under våren 2025 fört dialoger med representanter från kommuner och regioner.¹⁰ Syftet med dialogerna var att kartlägga vilka behov som finns bland kommuner och regioner av ett kompletterande hälsoekonomiskt ramverk, som ett komplement till det befintliga folkhälsopolitiska ramverket. Det gällde bland annat behov av samhällsekonomiska beräkningar för påverkbara riskfaktorer (och skyddsfaktorer), ekonomiska utvärderingar, bättre förutsättningar för att följa upp och utvärdera folkhälsan, samt önskemål om hur kunskap kan spridas och komma till praktisk nytta.

¹⁰ Dessa dialoger har anordnats av SKR och ägde rum 1 respektive 3 april 2025. Möten genomfördes både digitalt och i SKR:s lokaler i Stockholm.

Dialogerna utgick från följande frågor som utredningen ställde till medverkande kommuner och regioner:

1. Har ni nytta av det befintliga folkhälsopolitiska uppföljnings-systemet? Ge gärna exempel.
2. Använder ni hälsoekonomiska analyser i ert arbete med folkhälsa, till exempel inför beslut om prioriteringar och om insatser? Ge gärna exempel på målområden och typ av beslut där ni använder det.
3. Vilka behov/önskemål har ni av ytterligare uppgifter om beräkningar av samhällskostnader för påverkbara riskfaktorer inom folkhälsopolitikens olika målområden?
4. Vilka behov/önskemål har ni av ytterligare hälsoekonomiska utvärderingar inom folkhälsopolitikens olika målområden?
5. Vilket stöd gällande uppföljning och utvärdering behöver/önskar ni från statliga myndigheter i arbetet med kunskapsstyrning?
6. Hur bör resultat från uppföljning och utvärdering kommuniceras till er för att ni ska kunna dra nytta av dem?

4.5.1 Behov och förutsättningar bland regionerna

I dialogerna framkom att det folkhälsopolitiska ramverket används i varierande grad. Ett antal regioner har utvecklat egna indikatorer för att följa befolkningens hälsa, medan andra uppgav att de främst använder Folkhälsomyndighetens så kallade kärnindikatorer.

En utmaning som lyftes i dialogen var de korta tidsperspektiven i politiska beslutsprocesser. Många folkhälsoinsatser har långsiktiga effekter som är svåra att dokumentera på kort sikt. Detta försvårar investeringar i insatser där nyttan realiserar först efter flera år eller inom en annan förvaltningsnivå eller sektor.

Regionerna pekade även på bristande tillgång till data för att följa folkhälsan och utvärdera folkhälsoinsatser. Exempelvis lyftes vaccinationstäckning i utsatta områden samt data för att utvärdera andra förebyggande insatser. En ytterligare utmaning som diskuterades

var tillgången till data för att följa folkhälsoinsatser som bedrivs utanför hälso- och sjukvårdssektorn.

I dialogerna framkom ett tydligt behov av ökad tillgång till hälsoekonomisk kompetens. Flera regioner saknar resurser för att själva genomföra ekonomiska analyser eller effektutvärderingar och efterfrågade därför nationellt samordnat metodstöd, utbildningsinsatser samt tillgång till gemensamma verktyg och kunskapsbanker. Särskilt mindre regioner lyfte fram att deras begränsade resurser försvårar möjligheten att genomföra egna analyser. I vissa regioner finns etablerade samarbeten med HTA-enheter och forskningsinstitutioner, vilket har möjliggjort mer avancerade utvärderingar.

Några deltagare efterlyste ökad samverkan mellan regioner och forskare, särskilt kring registerbaserad forskning. Samtidigt påpekades att vissa regioner har goda erfarenheter av att tillgängliggöra data, medan andra saknar rutiner eller upplever juridiska hinder.

Pilotverksamhet och samverkan mellan olika regioner finns i begränsad omfattning. Flera deltagare påpekade att det är svårt att genomföra randomiserade kontrollerade studier (RCT) inom folkhälspolitik. Här efterfrågades statligt stöd för att möjliggöra finansiering av vetenskapliga studier.

Slutligen framhölls vikten av ökad nationell samordning samt mera samarbete mellan kommuner, regioner och staten. Ökad tillgång till data, harmonisering av indikatorer och gemensamma strategier för kunskapsutveckling ansågs vara av stor vikt för att stärka folkhälsan.

4.5.2 Behov och förutsättningar bland kommuner

I dialogen framkom flera konkreta exempel på hinder och behov kopplat till uppföljning, data och användning av ekonomiska analyser på folkhälsoområdet. Flera kommuner lyfte att arbetet med ekonomiska analyser ofta sker i begränsad utsträckning, och att det finns behov av stöd för att komma i gång eller utveckla sådana analyser.

Ett tydligt tema var behovet av att stärka förutsättningarna för uppföljning av breda och löpande insatser och verksamheter inom områden som gäller skola och omsorg, vilka utgör centrala delar i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. För uppföljning och

utvärdering finns det behov av att förbättra kommuners och regioners tillgång till nationella och individbaserade data.

Deltagarna efterfrågade ökad kunskap om vilka insatser som är effektiva, och efterlyste ett nationellt kunskapsunderlag exempelvis i form av föräldrastödsprogram, elevhälsoinsatser och psykosociala insatser i skolor. Det uttrycktes också att nationella resurser för samordning och spridning av effektiva hälsofrämjande och förebyggande insatser vore värdefulla, eftersom kunskap och erfarenheter i dag inte finns samlade på nationell nivå.

I dialogerna framkom att Sveriges kommuner har olika förutsättningar. Små kommuner har generellt sett mer begränsade resurser och samarbeten avseende både datatillgång och analys. I mindre kommuner finns ofta brist på såväl tillgängliga data som hälsoekonomer, eller annan närliggande expertis, för att följa och utvärdera folkhälsan och politiken för att främja denna.

Det upplevs även som utmanande att få tillgång till data, särskilt inom kommunala verksamheter, där dokumentationen kan vara begränsad och där det saknas struktur för uppföljning av insatser på individnivå.

Flera kommuner betonade vikten av att uppföljningssystemen behöver kunna fånga små kommuners behov och perspektiv. Detta är i dagsläget inte möjligt med nuvarande indicatorsystem. För att öka användningen av data i beslutsfattande efterfrågades bättre visualiseringar, lättillgängliga verktyg och kommunikation av resultat. Det betonades också att resultaten bör presenteras med relevanta jämförelser och kopplas till konkreta beslutssituationer.

Ett återkommande förslag var att stärka kopplingen mellan hälsoekonomi och kommuners budgetarbete, genom att använda underlag som visar på kostnader och effekter för olika typer av insatser, även utanför vårdområdet. Ekonomiska analyser kan belysa hur resurser fördelas och nyttjas över olika politikområden, såsom utbildning, arbetsmarknad och socialtjänst. Det framhölls att analyserna behöver synliggöra hur samverkan och gemensamma investeringar kan ge effekt på folkhälsan över tid.

Slutligen lyftes vikten av ett tvärsektoriellt perspektiv. Det som etiketteras som folkhälsa har svårt att få ta plats i kärnverksamheterna. Deltagarna lyfter att folkhälsoarbetet behöver integreras i alla områden.

4.6 Övriga avgränsningar

Utredningen kommer inte att lämna förslag på hur olika kunskapsstöd bör användas eller hur prioriteringar bör göras, varken på nationell, regional eller kommunal nivå. Utredningen kommer inte heller lämna författningsförslag eller analysera frågor som rör offentlighet och sekretess eller personuppgiftsbehandling. Slutligen kommer utredningen inte analysera eller komma med förslag på finansieringsmodeller för folkhälsoinsatser.

5 Den svenska folkhälsopolitiken: åtaganden och viktiga aktörer

I detta kapitel ges en översiktlig beskrivning av åtaganden som berör den svenska folkhälsopolitiken samt en kort presentation av viktiga aktörer inom det svenska folkhälsoarbetet.

5.1 Internationella åtaganden

Sverige har genom en rad internationella åtaganden förbundit sig att främja en god och jämlik folkhälsa. En grundläggande utgångspunkt i dessa åtaganden är strävan efter jämlikhet i hälsa, med fokus på hälsans bestämningfaktorer – särskilt de sociala, ekonomiska och andra betydande samhällliga förutsättningar för god hälsa i hela befolkningen. De internationella åtagandena har haft stor betydelse för utvecklingen av den svenska folkhälsopolitiken, vilket beskrivs mer ingående i avsnitt 5.1.1.

Det tvärsektoriella perspektivet, det vill säga att folkhälsa påverkas av beslut inom många samhällsområden, har kommit att genomsyra både den nationella och den internationella folkhälsopolitiken. Bland de mest inflytelserika aktörerna för Sveriges folkhälsopolitiska inriktning återfinns Världshälsoorganisationen (WHO), Förenta nationerna (FN), Europeiska unionen (EU) och Nordiska ministerrådet.

Nedan följer en kort beskrivning av några av de mest centrala internationella styrdokumenterna för svensk folkhälsopolitik.

5.1.1 Förenta nationerna och Världshälsoorganisationen

Världshälsoförsamlingen

En av de mest centrala resolutionerna för att främja en jämlik hälsa är resolution World Health Assembly, WHA, 62.14 som antogs av Världshälsoförsamlingen år 2009. I resolutionen åtog sig WHO:s medlemsstater att minska ojämlikheten i hälsa genom aktiva insatser som fokuserar på hälsans bestämningsfaktorer. Inriktningen skulle vara "Health in all Policies" och hälsoperspektivet skulle därmed genomsyra alla samhällsområden.

Det tvärsektoriella angreppssättet förordades för att på ett systematiskt sätt beakta hälsans påverkbara bestämningsfaktorer. År 2012 ställde sig samtliga medlemsländer i Världshälsoförsamlingen bakom resolution WHA65.8, som bygger på den så kallade Rio-deklarationens ramverk för arbetet med att minska hälsoklyftorna. Denna resolution är en utgångspunkt även för den svenska folkhälsopolitiken.

FN:s deklaration om icke smittsamma sjukdomar (NCD)

Inom FN:s ram för icke-smittsamma sjukdomar har det globala förebyggande arbetet fått ökat fokus på påverkbara riskfaktorer och de samhälleliga och strukturella bestämningsfaktorer som påverkar hälsan. Vid högnivåmötet 2011 antog FN:s generalförsamling en politisk deklaration där medlemsländerna åtar sig att prioritera förebyggande åtgärder mot icke-smittsamma sjukdomar med inriktning på både levnadsvanor och sociala förutsättningar. Som ett nästa steg antogs vid 66th World Health Assembly 2013 handlingsplanen WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020 (WHA66.10), med mål att minska riskfaktorer och stärka samhällsåtgärder för hälsa globalt.

Agenda 2030

Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling ersatte de tidigare åtta milleniemalet år 2016. Detta skedde efter beslut av FN:s Generalförsamling i september 2015 inom FN:s Agenda 2030 för hållbar utveckling (SDG 2030). Enligt FN är god hälsa grundläggande

för att individer ska kunna uppnå sin fulla potential och för att skapa en hållbar framtid. Ansvaret för att genomföra målen vilar på varje medlemslands regering. Agenda 2030 är inte juridiskt bindande, utan en deklaration och ett frivilligt åtagande.

De 17 globala målen är indelade i 169 delmål med tillhörande mätbara indikatorer, vilket innebär att målen är möjliga att följa upp och utvärdera. God hälsa och gott välbefinnande (Mål 3) är ett av de 17 globala målen för hållbar utveckling. I målet pekas 13 delmål ut, som bland annat har gett vägledning till medlemslänternas folkhälsoarbete.

5.1.2 Europeiska unionen

Maastrichtfördraget, formellt Fördraget om Europeiska unionen (1992), lade grunden för en tydligare rättslig grund för EU:s arbete med folkhälsa. Det innebar att EU fick befogenhet att främja folkhälsan, bekämpa gränsöverskridande smittspridning samt samordna och stödja medlemsstaternas folkhälsoinsatser. Sedan dess har flera viktiga folkhälsofrågor, som exempelvis levnadsvanornas betydelse för hälsan, fått en alltmer framträdande roll inom EU-samarbetet. EU:s arbete med förebyggande insatser kompletterar numera medlemslänternas folkhälsopolitik och bistår dem att nå gemensamma mål.

Inom vissa delar av folkhälsopolitiken, fortfarande främst inom hälso- och sjukvården, tar EU fram lagstiftning och standarder för produkter och tjänster samt på hälsodataområdet. I enlighet med artikel 168 i Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) ska EU:s åtgärder syfta till att förbättra folkhälsan, att förebygga sjukdomar och faror för hälsan, också de som är knutna till livsstil. *Hälsa inom alla politikområden* blev formellt en EU-strategi 2006 och finns kodifierad i artiklarna 9 och 168.1 i EUF-fördraget och i artikel 35 i EU-stadgan. Folkhälsopolitiken är dock i huvudsak fortsatt en nationell angelägenhet.

Programmet *EU för hälsa* (EU4Health), som regleras i förordning (EU) 2021/522, lanserades 2021 som en del av EU:s svar på covid-19-pandemin. Det är EU:s hittills största hälsoåtgärdsprogram och syftar till att stärka hälsosystemens krisberedskap, förbättra folkhälsan och minska ojämlikheter i hälsa. Programmet utgör inte en

folkhälsostrategi, men är ett centralt verktyg för att genomföra EU:s hälsoagenda 2021–2027, som i hög grad bygger på WHO:s ramverk om hälsans bestämningsfaktorer. Programmet ska bidra till att förbättra befolkningens hälsa och välbefinnande samt till att främja universella, hållbara och människocentrerade hälsosystem av hög kvalitet.

5.1.3 Nordiska ministerrådet

I samband med nordiska ministersamarbetet antog Sverige en deklARATION 2016 med målsättningen att ojämlikheten i hälsan ska minska genom att arbeta aktivt med kunskapsdelning, utvecklingsprojekt, policy och genomförande av åtgärder för att främja god och jämlik hälsa. Det nordiska ministersamarbetet ska främja lärande, nyttiggörande och kunskapsspridning avseende insatser på folkhälsoområdet.¹

5.2 Utveckling av folkhälsopolitiken i Sverige från 1970-talet tills i dag

5.2.1 Synen på folkhälsa har ändrats genom åren vilket reflekteras i Sveriges folkhälsopolitik

Under 1970-talet förändrades perspektivet från ett sjukdomsorienterat till ett mer hälsoorienterat perspektiv både i Sverige och globalt. En viktig milstolpe var Världshälsoförsamlingens antagande av Alma-Ata deklARATIONEN (1978) och ”the new public health”.

Nästa betydande förändring kom som ett resultat av att den nationella folkhälsokommittén presenterade sitt förslag till folkhälsomål år 2002.² I propositionen *Mål för folkhälsan* presenterades ett övergripande nationellt mål för folkhälsan: att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Propositionen föreslog även en sektorsövergripande målstruktur för att tydliggöra ansvar och insatser inom olika samhällsområden.

Nästa milstolpe var 2012 när majoriteten av länder, inklusive Sverige, ställde sig bakom den så kallade Rio-deklARATIONEN³ att foku-

¹ Se SKR 2024/25:90.

² Prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7 & rskr. 2002/03:145.

³ FN 1992.

sera på hälsans bestämningsfaktorer och arbeta för att sluta hälso-gapen. Detta blev därefter utgångspunkten för det svenska folkhälsoarbetet och av avgörande betydelse för folkhälsopolitiken. En av förändringarna skedde redan samma år (2012) när regeringen lade fram ett förslag om en ny kunskapsmyndighet och 2014 bildades Folkhälsomyndigheten.

5.2.2 Regeringens proposition *God och jämlik hälsa*

Grunden för den nuvarande folkhälsopolitiken lades genom regeringens proposition *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälso-politik*⁴, som i sin tur baserades på det arbete och de förslag som presenterades av Kommissionen för jämlik hälsa.⁵ I propositionen formulerade regeringen sin syn på den kommande inriktningen av folkhälsopolitiken.⁶ Propositionen bestod av ett förslag och en rad bedömningar från regeringen. Riksdagens beslut om propositionen gällde förslaget, och beslutet blev bifall.⁷ Bedömningarna omfattades däremot inte av riksdagens beslut.

Förslaget från regeringen, och som bifölls av riksdagen, handlade om att omformulera det övergripande nationella folkhälsomålet och att omvandla folkhälsoarbetets målstruktur. Det nya övergripande målet skulle vara att ”skapa samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälso-klyftorna inom en generation”.

De nya målområdena i folkhälsopolitikens sektorsövergripande mål- och uppföljningsstruktur skulle, i stället för de tidigare elva, vara dagens åtta. Dessa åtta målområden presenteras i figur 5.1 och omfattar 1) tidiga livets villkor, 2) kunskaper, kompetenser och utbildning, 3) arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, 4) inkomster och försörjningsmöjligheter, 5) boende och närmiljö, 6) levnadsvanor, 7) kontroll, inflytande och delaktighet och 8) en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

⁴ Prop. 2017/18:249.

⁵ SOU 2017:47.

⁶ Prop. 2017/18:249.

⁷ Prop. 2017/18:249 & bet. 2017/18:SoU26.

Figur 5.1 De folkhälsopolitiska målområdena



Källa: Folkhälsomyndigheten 2018.

Regeringens bedömningar i propositionen rörde önskad inriktning för det övergripande strategiska folkhälsoarbetet samt önskad inriktning för arbetet inom vart och ett av de åtta nya målområdena.

Bedömningarna om det övergripande arbetet gällde bland annat Folkhälsomyndighetens centrala roll; myndigheten skulle ansvara för samordning av arbetet på statlig nivå, stödja målgrupperna i genomförande och uppföljning, publicera folkhälsopolitiska rapporter och genomföra kontinuerliga uppföljningar av hälsan i grupper i särskilt utsatta situationer. Frågor om strukturen för strategiskt folkhälsoarbete samt om uppföljning och utvärdering var centrala delar i regeringens bedömningar.

Regeringen uppmanade alla berörda aktörer att aktivt främja god och jämlik hälsa

Regeringen betonade att det finns påtagliga skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället och att en medveten folkhälsopolitik bör förbättra villkoren för de grupper som är socialt och ekonomiskt mest utsatta och som därmed löper störst risk att drabbas av ohälsa och

för tidig död. Att folkhälsoarbete är ett gemensamt ansvar som kräver insatser från de flesta sektorer i samhället betonades också, och regeringen skrev att den med propositionen ville uppmana alla dessa aktörer att aktivt främja en god och jämlik hälsa. Förslagen och bedömningarna i propositionen syftade enligt regeringen till att underlätta folkhälsoarbetet genom en tydligare ansvarsfördelning på nationell nivå och genom förbättrad uppföljning av folkhälsan och utvärdering av folkhälsoarbetet.

Samordningen skulle stärkas och Folkhälsomyndigheten fick ansvar för den statliga nivåns samordning

Enligt propositionen krävdes en bättre samordning för att möjliggöra ett långsiktigt, målinriktat och sektorsövergripande arbete inom samtliga sektorer som har ett avgörande inflytande på folkhälsan. En sådan samordning skulle syfta till att uppnå större effektivitet samt bidra till ökade kunskaper om olika åtgärders samlade effekter på folkhälsa.

Folkhälsomyndigheten skulle, enligt propositionen, ansvara för samordningen på den statliga nivån. Denna myndighet skulle utveckla en så kallad *stödstruktur*⁸ för det statliga folkhälsoarbetet för att möjliggöra systematiska och samordnade insatser, utveckla en strategi för detta samt även rikta sig till landstingen och kommunerna.

Mot den bakgrunden fick Folkhälsomyndigheten ett regeringsuppdrag⁹ att kartlägga vilka nationella mål inom olika sektorer och vilka myndigheter som är relevanta för folkhälsopolitiskt arbete på statlig nivå. Där ingick också att kartlägga och se över vilka bestämningsfaktorer för hälsa som är relevanta samt vilka indikatorer som är lämpliga för att följa upp den övergripande folkhälsopolitiken.

Folkhälsomyndighetens uppdrag att utveckla en stödstruktur

Myndighetens stödstruktur omfattar fyra områden: *uppföljning*, *samordning*, *fördjupad analys* och *kunskapsspridning* som beskrivs mer detaljerat i avsnitt 5.3.1.

⁸ Folkhälsomyndigheten 2022b.

⁹ Folkhälsomyndigheten 2019.

Ett nationellt råd på övergripande policynivå aviserades men inrättades inte

Regeringen skrev vidare i propositionen att den avsåg att tillsätta ett nationellt råd för en god och jämlik hälsa, som skulle ha en stödjande roll på övergripande policynivå. Regeringen såg detta som ett sätt att stärka samverkan mellan Regeringskansliet och myndigheter, vilket regeringen menade behövdes för att åstadkomma en önskad kraftsamling. Som ledamöter i rådet skulle det ingå representanter från berörda departement och generaldirektörer från de myndigheter vars kärnuppdrag har störst bäring på folkhälsoarbetet med god och jämlik hälsa. Även andra myndigheter och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL, numera SKR) skulle bjudas in. Något sådant råd kom dock aldrig att inrättas.

Vikten av att bedöma olika besluts och satsningars konsekvenser för hälsa betonades

Hälsokonsekvensbedömningar framhölls i propositionen som en lämplig metod för att granska och diskutera olika förslag till beslut ur ett folkhälsoperspektiv, även gällande förslag som inte primärt förknippas med hälsa. Hälsokonsekvensbedömningar är, enligt propositionen, en kombination av metoder genom vilka politiska beslut, program eller projekt bedöms utifrån sina möjliga effekter på hälsan i en befolkning samt hur kvinnor och män i olika grupper påverkas. Tanken var att sådana bedömningar skulle bidra till förbättrade beslutsunderlag och kunna användas för att påverka besluten till förmån för folkhälsan.

Vikten av uppföljning och utvärdering betonades

Regeringen betonade i propositionen att kunskapen behövde ökas kring hur politiska beslut och olika verksamheter påverkar hälsan och dess bestämningsfaktorer i olika sociala grupper. Detta kräver i sin tur, enligt propositionen, bättre kunskaper om de mekanismer och processer som bidrar till ojämlikhet i hälsa samt en utvecklad uppföljning och utvärdering av åtgärder med påverkan på hälsa.

Som en följd av den omvandling av den folkhälsopolitiska målstrukturen som regeringen föreslog behövde även uppföljnings- och utvärderingssystemet ses över. Regeringen aviserade därför i propositionen att den avsåg uppdra till Folkhälsomyndigheten att se över vilka politikområdesmål som hade betydelse för folkhälsomålet, uppdelat på de åtta målområdena, samt vilka bestämningsfaktorer och indikatorer som var lämpliga inom respektive målområde. Den politiska målsättningen var att systemet skulle innehålla ett överkomligt antal indikatorer och att dessa skulle kunna användas för att följa utvecklingen av folkhälsopolitiken på olika samhällsnivåer samt möjliggöra analyser av socioekonomiska skillnader.

I propositionen hänvisades till den utvärdering av folkhälsopolitikens uppföljningssystem som Statskontoret hade genomfört 2013. Vid sidan av en rad positiva omdömen om det dåvarande uppföljningssystemets mervärde framhöll Statskontoret att mervärdet samtidigt begränsades av att spridningen i Regeringskansliet var liten, att politikens effekter och effektiva folkhälsoinsatser inte redovisades på ett tillräckligt tydligt sätt samt att nedbrytningen av data till lokal och regional nivå var begränsad.

Regeringen ville tydliggöra i instruktionen för Folkhälsomyndigheten att myndigheten kontinuerligt ska ta fram en folkhälsopolitisk rapport och fortlöpande identifiera vilka insatser som ska ingå i utvärderingen av folkhälsopolitiken. Det betonades att det ur ett effektivitetsperspektiv är betydelsefullt att regeringen informeras om vilka insatser med betydelse för folkhälsan som vidtas på olika nivåer i samhället, så att statliga insatser på bästa sätt kan komplettera dessa.

Regeringen pekade på vikten av att andra myndigheters rapportering till Folkhälsomyndigheten fungerar väl

Regeringen pekade i propositionen på att merparten av de bestämningsfaktorer, indikatorer och åtgärder som främjar hälsa ligger inom andra myndigheters ansvarsområden. I sammanhanget konstaterade regeringen att dessa andra myndigheter behöver bistå med underlag till Folkhälsomyndigheten och ta ansvar för uppföljning och rapportering inom sina respektive sektorer. Regeringen bedömde att det är viktigt att berörda myndigheters rapportering till Folkhälsomyndigheten fungerar väl.

Hälsoekonomiska analyser nämndes som ett delområde att utveckla och intensivifiera

Propositionen innehöll ett, relativt kort, avsnitt om hälsoekonomiska analyser. Regeringen uttryckte där att genomtänkta hälsoekonomiska utvärderingar kan vara viktiga som underlag för diskussioner gällande politiska insatser inom folkhälsoområdet och för att väga vad som är bra för folkhälsan mot andra samhällsintressen som exempelvis ekonomisk tillväxt eller handels- och näringspolitiska argument. Vikten av att åtgärder som vidtas dessutom är kostnads-effektiva i en situation med begränsade offentliga resurser påpekades också.

Regeringen skrev att metodiken för att genomföra ekonomiska utvärderingar av folkhälsoåtgärder emellertid var dåligt utvecklad och pekade på risker med alltför snäva ekonomiska analyser. Metodiken borde därför förbättras, och Folkhälsomyndigheten borde, enligt propositionen, utveckla och intensivifiera sitt uppdrag med att arbeta med hälsoekonomiska analyser.¹⁰

5.3 Viktiga aktörer för det svenska folkhälsoarbetet

Likt arbetet inom klimat- och jämställdhetsområdet, är folkhälsoarbetet sektorsövergripande och en integrerad del av olika områden och samtliga förvaltningsnivåer. Det innebär att det finns många viktiga aktörer på folkhälsoområdet, både inom offentlig förvaltning, näringslivet och inte minst civilsamhället.

Nedan redogör vi kortfattat för några av de mest betydande aktörerna inom det svenska folkhälsoarbetet.

5.3.1 Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten bildades 2014 som en sammanslagning av de två tidigare myndigheterna Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet.¹¹ Folkhälsomyndigheten är förvaltningsmyndighet

¹⁰ Prop. 2017/18:249 s. 44–45.

¹¹ Folkhälsomyndigheten övertog även vissa uppgifter gällande folkhälsoberättelser från Socialstyrelsen. Syftet med bildandet av Folkhälsomyndigheten var att förbättra förutsättningarna för ett mer effektivt kunskapsbaserat arbete inom folkhälsoområdet och att ge ett bättre kunskapsstöd till ansvariga huvudmän. Se Prop. 2012/13:116, bet. 2012/13: SoU27 & rskr. 2012/13:280.

för verksamhet som rör folkhälsa.¹² Inom myndighetens allmänna uppgifter ligger bland annat att verka för god och jämlik hälsa i hela befolkningen samt att bidra till att folkhälsoarbetet bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Folkhälsomyndigheten har till uppgift att samordna folkhälsoarbetet på nationell nivå. I detta ligger bland annat att myndigheten ska ”stödja berörda aktörer i såväl genomförande som uppföljning av arbetsformer, metoder, strategier och insatser på folkhälsoområdet samt följa upp effekterna av dem”. Inom ramen för sitt samordnande ansvar ska myndigheten vidare vara samlande, stödjande och pådrivande samt främja samarbete och samverkan mellan berörda aktörer inom olika samhällsområden och samhällssektorer.^{13,14}

Folkhälsomyndigheten ska också ansvara för kunskapsutveckling inom sitt verksamhetsområde och identifiera, analysera och förmedla relevant kunskap till kommuner, regioner och andra berörda aktörer.

Vid sidan av de allmänna uppgifter som Folkhälsomyndigheten har ingår även i instruktionen ett antal mer specifika ansvarsområden. Bland dessa ingår: uppföljning och analys av folkhälsan och folkhälsoarbetet, folkhälsans bestämningsfaktorer och hälsoekonomisk metodik, statistik och nationell rapportering samt samverkan.

Myndigheten ska vidare stödja berörda aktörer i såväl genomförande som uppföljning av arbetsformer, metoder, strategier och insatser på folkhälsoområdet. Detta gäller även insatser på lokal och regional nivå. Folkhälsomyndigheten har uppdrag inom en rad olika områden såsom psykisk hälsa och suicidprevention, ANDTS, hälsosamma levnadsvanor, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, smittskydd, hälsoskydd och miljörelaterad hälsa samt uppdrags- och forskningsverksamhet.

¹² Folkhälsomyndigheten övertog även vissa uppgifter gällande folkhälsorapportering från Socialstyrelsen. Syftet med bildandet av Folkhälsomyndigheten var att förbättra förutsättningarna för ett mer effektivt kunskapsbaserat arbete inom folkhälsoområdet och att ge ett bättre kunskapsstöd till ansvariga huvudmän. Se Prop. 2012/13:116, bet. 2012/13: SoU27 & rskr. 2012/13:280.

¹³ Förordning 2021:248.

¹⁴ Myndighetens roll som kunskapsmyndighet förtydligades senare ytterligare i den förordning som började gälla från 2021 (2021:248) och ytterligare i förordning (2024:705), det vill säga att bidra till att folkhälsoarbetet bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Folkhälsomyndighetens stödstruktur

Folkhälsomyndighetens stödstruktur utgår från det folkhälsopolitiska ramverket, som riksdagen beslutat om, med ett nationellt mål om god och jämlik hälsa och åtta målområden. Ramverket beskrivs närmare i 5.2.2.

Uppföljning - ett system av indikatorer

För att kunna följa hur folkhälsan utvecklas i relation till det nationella målet om en god och jämlik hälsa fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att ta fram indikatorer. Syftet med indikatorerna var, enligt regeringens uppdrag, att spegla viktiga aspekter av en god och jämlik hälsa samt bakomliggande förutsättningar på samhällsnivå. De skulle gå att följa på nationell, regional och lokal nivå. Indikatorerna skulle också vara validerade, vetenskapligt förankrade och mätbara. Arbetet med att välja indikatorer gjordes av Folkhälsomyndigheten i samråd med andra samhällsaktörer.

Detta uppdrag har lett till framtagandet av ett 180-tal indikatorer¹⁵, varav ett drygt 30-tal benämns kärnindikatorer. Kärnindikatorerna är mått som valts ut för att kunna följa utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer. Syftet med det mindre antalet kärnindikatorer är att på ett samlat sätt kunna följa upp det övergripande folkhälsopolitiska målet utifrån de åtta målområdena (30 indikatorer) samt med ett antal generella hälsomått (5 indikatorer) som sammanfattar hälsotillståndet gällande såväl fysisk som psykisk hälsa. Folkhälsomyndighetens kärnindikatorer redovisas i tabell 5.1.

Det handlar om att belysa hur hälsan och förutsättningarna för hälsa skiljer sig åt mellan olika grupper i befolkningen, och om dessa skillnader ökar eller minskar över tid. För detta syfte redovisas indikatorerna uppdelat på grupper som kön, ålder, utbildningsnivå, inkomst och födelse-land.

Folkhälsomyndighetens arbete med uppföljningen av dessa kärnindikatorer syftar även till att identifiera områden där det behövs mer kunskap. Folkhälsomyndigheten publicerar återkommande en rapport, *Folkhälsans utveckling*¹⁶, som baseras på kärnindikatorerna.

¹⁵ Omkring 130 indikatorer avseende bestämningsfaktorer inom vart och ett av folkhälsopolitikens åtta målområdena valdes ut (så kallade målområdesindikatorer). Därtill valdes omkring 50 indikatorer avseende hälsa ur (så kallade hälsoindikatorer).

¹⁶ Folkhälsomyndigheten 2022a.

Myndigheten har även byggt upp en databas med folkhälsodata och ett visualiseringsverktyg som visar folkhälsans utveckling över tid.

Tabell 5.1 Kärnindikatorer i dagsläget

Målområde	Kärnindikator
0. Hälsa	Medellivslängd Förtida dödlighet Självskattat allmänt hälsotillstånd Psykisk påfrestning Samlat mått på sjuklighet alternativt god hälsa (ännu ej beslutat)
1. Det tidiga livets villkor	Riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödrahälsovården Barn inskrivna i förskola, 3 års ålder Förskollärare med pedagogisk högskoleexamen
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning	Lärare med pedagogisk högskoleexamen i grundskolan Elever i åk 9 med gymnasiebehörighet Gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjad utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö	Långtidsarbetslöshet Unga som varken arbetar eller studerar Krav-kontroll i arbetet Fysisk belastning av arbetet
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter	Ekonomisk standard, percentiler, median Varaktig låg ekonomisk standard, relativ Varaktig låg inkomststandard, absolut Överskuldssatta
5. Boende och närmiljö	Kommuners underskott på bostäder till vissa grupper i utsatta situationer Trångboddhet Avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla Störd av trafikbuller, sömnstörd
6. Levnadsvanor	Daglig tobaksrökning Riskkonsumtion av alkohol Fysisk aktivitet Äter grönsaker dagligen
7. Kontroll, inflytande och delaktighet	Valdeltagande i allmänna val Tillit till samhällets institutioner Tillit till andra Utsatt för kränkande behandling eller bemötande Utsatt för våld eller hot om våld
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård	Avstått läkarvård trots upplevt behov MPR-vaccination, barn Avstått tandläkarvård p.g.a. ekonomiska skäl trots behov

Källa: Folkhälsomyndigheten 2022.

Samverkan – en central del i stödstrukturen

En del i stödstrukturen handlar om samverkan. Detta är centralt eftersom folkhälsopolitiken är ett sektorsövergripande politikområde som berör ett stort antal myndigheter och andra samhällsaktörer på olika förvaltningsnivåer. Folkhälsomyndigheten har en viktig roll i detta. Inte minst myndighetens arbete med uppföljningssystemet innebär ett ledande och samordnande ansvar samt samarbete med flera aktörer inom olika samhällssektorer.

Fördjupad analys – djupare förståelse och peka på handlingsalternativ

Folkhälsomyndighetens stödstruktur baseras även på fördjupade analyser. Dessa ska ge en djupare förståelse av olika områden med bäring på folkhälsan genom att peka på handlingsalternativ för att öka förutsättningarna för en god och jämlik hälsa. Dessa analyser genomförs i samverkan med andra myndigheter och aktörer beroende på frågeställning.

Kunskapsspridning – nå ut och bidra till utveckling

En ytterligare del i stödstrukturen handlar om spridning och nyttiggörande av kunskapsunderlag. Stödstrukturen ska på så vis bidra med att sprida enhetlig kunskap för att skapa en mer effektiv samordning av statliga insatser.

5.3.2 Andra statliga myndigheter

Folkhälsoarbetet berör många myndigheter eftersom dess verksamhet har stor betydelse för hälsan och dess samhälleliga förutsättningar. I propositionen God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (prop. 2017/18:249) lyfts bland annat Arbetsmiljöverket, Boverket, Delegationen mot segregation, Försäkringskassan, Konsumentverket, Livsmedelsverket, Statens skolverk, Kemikalieinspektionen, Statens kulturråd, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor och Naturvårdsverket samt Socialstyrelsen, som särskilt centrala myndigheter för det svenska folkhälsoarbetet.

Vidare har Folkhälsomyndigheten identifierat ett stort antal myndigheter som har särskild betydelse för folkhälsan. I figur 5.2 nedan framgår vilka de är och inom vilka folkhälsopolitiska målområden de har betydelse. Observera att flera myndigheter har betydelse inom flera målområden.¹⁷

Figur 5.2 Myndigheter med särskild betydelse för folkhälsan per målområde



Tvårsektoriella myndigheter: Barnombudsmannen • Diskrimineringsombudsmannen • Jämställdhetsmyndigheten • Myndigheten för delaktighet • Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor

Källa: Folkhälsomyndigheten 2020.

5.3.3 Regionerna

Regionerna har ett särskilt betydelsefullt ansvar kring att bedriva folkhälsoarbete, vilket genomsyrar regionernas verksamheter och spänner över flera olika områden.¹⁸ Särskilt viktigt är det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som sker inom primärvården, där bland annat mödrahälsovården, barnhälsovården samt tandvården för barn och unga spelar en central roll.

¹⁷ Figuren är hämtad från Folkhälsomyndighetens rapport *På väg mot en god och jämlik hälsa. Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet*, Folkhälsomyndigheten 2020b.

¹⁸ Se exempelvis Folkhälsomyndigheten 2024.

Utöver hälso- och sjukvården har regionerna ett betydande ansvar i folkhälsofrågor som rör närmiljö, boende, samhällsdelaktighet, kultur, näringsliv, innovation, kollektivtrafik och regional utveckling liksom forskning och utbildning.

Regionerna ansvarar även för olika centrumbildningar, ibland i samverkan med kommunerna, såsom kunskaps- och resurscentrum för områden som psykisk ohälsa och cancer.

5.3.4 Kommunerna

Kommuner har, tillsammans med regionerna, det största ansvaret i det löpande folkhälsoarbetet. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är en viktig del av kommuners arbete i både skola, omsorg, kommunal hälso- och sjukvård och andra sociala insatser.¹⁹ Mer specifikt ansvarar kommunerna för många av de samhälleliga förutsättningarna för hälsan i befolkningen såsom skola, omsorg (barn, äldre och funktionsnedsatta), försörjningsmöjligheter, transporter, miljö och boendesituation, hälso- och miljöskydd för att nämna några viktiga delar av kommunernas verksamhet.

Kommunerna utför även frivilliga insatser som berör fritid och kultur, näringsliv och energi.

5.3.5 Civilsamhället

Civilsamhället har en framträdande roll inom folkhälsoarbetet. Idéburna organisationer har stor betydelse för innovativa samarbeten mellan forskarsamhället, myndigheter och näringslivet. Civilsamhället bildar opinion, är kunskapsbildande, och främjar olika typer av forskningsverksamhet och samarbeten. Det finns många idéburna organisationer i Sverige som framgångsrikt främjar hälsa och förebygger ohälsa genom att kraftsamla kring ökad social samvaro, fysisk aktivitet och andra goda levnadsvanor, sprida kunskap och stötta forskningen.

¹⁹ Se exempelvis Folkhälsomyndigheten 2024.

5.3.6 Närings- och arbetslivet

Näringslivet har stor betydelse för det hälsofrämjande och förebyggandet arbetet. Det kan handla om innovationer inom läkemedel, medicinteknik och life-science men även sociala investeringar och så kallad *corporate social responsibility* (CSR). Näringslivet erbjuder viktiga nätverk och plattformar för folkhälsoarbetet och finansiering till både forskning och dess nyttiggörande.

Arbetsgivare inom både privat och offentlig sektor har stor betydelse för folkhälsan. Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet har fått ett allt större fokus eftersom god hälsa bland de anställda främjar både produktivitet inom verksamheten samt i samhället som stort.

6 Hälsa ur ett nationalekonomiskt perspektiv

6.1 Hälsa som humankapital

Inom nationalekonomin är hälsa ett brett begrepp som belyser värdet av hälsa för såväl individen som för samhällets produktivitet och ekonomiska utveckling. Enligt den nationalekonomiska humankapitalteorin kan hälsa betraktas som en tillgång som både bidrar till individens välbefinnande, likt en vara som konsumeras, och till individens förmåga att delta i och bidra till samhället och dess utveckling, likt ett kapital.

I nationalekonomen Gary Beckers teorier beskrivs hälsa som en central komponent i individers humankapital där investeringar i hälsa leder till bland annat ökad produktivitet på arbetsmarknaden.¹ Beckers teorier har sedan vidareutvecklats av bland andra nationalekonomen Michael Grossman som menar att hälsa är en form av kapital vilken ackumuleras och ”underhålls” genom olika hälsofrämjande investeringar såsom goda levnadsvanor och olika vårdinsatser. Avkastningen från dessa investeringar är både ökad livskvalitet och längre livslängd, men också ökad produktivitet på arbetsmarknaden.²

Ytterligare en pionjär på området är nationalekonomen James Heckman vars teorier om så kallad *dynamisk komplementaritet* tyder på att förutsättningar för god hälsa och andra humankapitalinvesteringar, som exempelvis utbildning, förstärker varandra. Det innebär att framgångsrika hälsofrämjande insatser, särskilt de som sker tidigt i livet, förbättrar individens förmåga att tillgodogöra sig andra humankapitalinvesteringar, såsom utbildning, senare i livet. På så sätt bidrar god hälsa inte bara till en grundläggande förutsättning för individens

¹ Becker 2007 s. 379–410.

² Grossman 1972 s. 1–111.

välstånd, utan även till individens långsiktiga uppbyggnad av humankapital.³

Utöver den teoretiska forskningen finns det stort empiriskt stöd inom nationalekonomin för att förbättrad hälsa under barndomen har stor betydelse för individers humankapital i vuxen ålder. Samhällsinsatser under barndomen kan dessutom bidra till att mildra och kompensera för negativa livsvillkor och hälsochocker.⁴

6.2 Hur kan effekter på hälsa mätas och varför är det viktigt?

En stor del av den hälsoekonomiska forskningen handlar om metoder för att mäta effekter av olika insatser på hälsa och hälsorelaterad livskvalitet för att kunna jämföra effekter av insatser på olika områden och för olika tillstånd. Att mäta hälsa är komplext eftersom hälsan består av många olika dimensioner som kan vara svåra att kvantifiera och värdera.

Det finns en rad metoder för att mäta individens hälsorelaterade livskvalitet – både sjukdomsspecifika mått och generiska mått. Sjukdomsspecifika mått fångar enbart utfall som är relevanta för den aktuella sjukdomen och möjliggör därför inte jämförelser mellan olika hälsotillstånd. Generiska mått däremot mäter hälsorelaterad livskvalitet i generella termer vilket gör det möjligt att göra jämförelser mellan sjukdomsgrupper.

Ett mått som möjliggör jämförelser mellan olika hälsotillstånd är kvalitetsjusterade levnadsår, QALY (Quality-Adjusted Life Years). QALY, som mått för att mäta hälsa, används främst inom kostnads-effektivitetsanalyser där syftet är att maximera hälsa. QALY är ett mått som kombinerar två dimensioner av hälsa: livslängd och hälsorelaterad livskvalitet. Måttet tar därmed både hänsyn till hur länge en person lever och till hur personens hälsorelaterade livskvalitet är under den återstående livslängden. QALY mäts på en skala mellan 0 och 1, där 0 motsvarar död och 1 motsvarar ett år med full hälsa. För att skatta antalet vunna QALY multipliceras antalet vunna levnadsår med en livskvalitetsvikt mellan 0 och 1 under de åren. En in-

³ Heckman 2012 s. 24.

⁴ Almond m.fl. 2018 s. 1360–1446.

sats som exempelvis leder till 10 vunna levnadsår, där personen lever med 70 procent av full livskvalitet innebär alltså 7 vunna QALY.

Livslängden mäts i antal år, och den QALY-vikt som används för hälsorelaterad livskvalitet under det återstående livslängden kan beräknas med direkta eller indirekta metoder. Direkta metoder för att skatta QALY-vikten är dels visual analogue scale (VAS) där respondenten skattar sitt hälsotillstånd på en skala från sämsta tänkbara hälsa (ofta ankrat vid 0) och bästa tänkbara hälsa (exempelvis 100). Det finns också metoder där respondenten ombeds att välja mellan olika scenarier som i standard-gamble (SG) och time-trade-off (TTO).

Indirekta metoder för att skatta QALY-vikter innebär att vikterna skattas utifrån generiska instrument som används för att ta fram hälsoprofiler såsom exempelvis EQ-5D eller Short Form Health Survey (SF-36)⁵ som respondenten besvarar. Svaren skapar en hälsoprofil som sedan kan räknas om till en QALY-vikt med hjälp av olika värderingssystem som kan tas fram med någon av de direkta metoderna, exempelvis med TTO.

Vid värdering av hälsotillstånd finns det en rad olika ställningstaganden att göra, såsom vilken värderingsmetod som ska användas och vem som ska värdera hälsotillståndet. När det kommer till vem som ska värdera hälsotillstånd finns två huvudsakliga inriktningar: erfarenhetsbaserade värderingar och hypotetiska värderingar. Erfarenhetsbaserade värderingar är värderingar från personer som befinner sig i tillståndet ifråga och hypotetiska värderingar är från personer som får ett tillstånd beskrivet för sig.

En annan metod för att mäta hälsa, och då snarare i bemärkelsen ohälsa, är via funktionsjusterade levnadsår, DALY (Disability-Adjusted Life Years). DALY är ett mått utvecklat av WHO. En DALY motsvarar förlusten av ett år med full hälsa och används för att beräkna sjukdomsburden i befolkningen. DALY beräknas genom att kombinera antalet förlorade levnadsår på grund av förtida död (ett förlorat levnadsår är lika med ett DALY) med antal år levda med funktionsnedsättning. Antalet år levda med funktionsnedsättning multipliceras med en vikt som motsvarar individens livskvalitet i det hälsotillståndet, där 0 motsvarar perfekt hälsa och 1 motsvarar död. Dessa vikter skattas genom att fråga allmänheten eller experter om deras syn på hur olika tillstånd påverkar individers livskvalitet.

⁵ Drummond m.fl. 2015 s. 181–216.

DALY-måttet möjliggör, liksom QALY-måttet, jämförelser mellan olika terapiområden.

På folkhälsoområdet kan det anses vara särskilt komplext att skapa entydiga och mätbara definitioner av hälsa. Detta beror på att folkhälsoområdet utgår från en bred definition av hälsa och dess bestämningsfaktorer som är av tvärssektoriell karaktär. Detta ställer krav på skattningsmetoder av hälsoaspekter som ska omfatta välbefinnande och förmågor rörande exempelvis delaktighet i samhället, sociala och ekonomiska levnadsförhållanden. I vilken mån detta är möjligt och önskvärt är en viktig fråga som diskuteras i kapitel 10.

6.3 Nationalekonomiska metoder tillämpade på hälsoområdet

6.3.1 Ekonomiska utvärderingar och ekonomiska analyser

I *ekonomiska utvärderingar*⁶ jämförs effekter och kostnader mellan två och flera alternativa sätt att allokera resurser för att undersöka insatsers kostnadseffektivitet. Kostnadseffektivitet är ett *relativt* begrepp, och för att bedöma om en insats är kostnadseffektiv eller inte, behövs ett jämförelsealternativ. För att bedöma kostnadseffektiviteten av exempelvis ett nytt läkemedel jämförs kostnader för och effekter av det nya läkemedlet mot ett jämförelsealternativ, vilket exempelvis kan vara ett annat läkemedel eller bästa understödande vård.

Det finns en rad vedertagna metoder för ekonomisk utvärdering av insatser på hälso- och sjukvårdsområdet. Valet av metod beror ofta på frågeställningen och vilka data som finns tillgängliga. Den vanligaste metoden för ekonomisk utvärdering inom hälsoområdet är kostnadseffektivitetsanalys (CEA, cost-effectiveness analysis).⁷ I en CEA kan hälsoeffekter mätas genom exempelvis antal vunna levnadsår eller antal undvikna sjukhusnätter, men det vanligaste är att kvalitetsjusterade levnadsår, QALY, används för att mäta hälso-

⁶ Se exempelvis Drummond m.fl. 2015.

⁷ Kan också benämnas kostnadsnyttoanalys (CUA). Kostnadseffektivitetsanalys och kostnadsnyttoanalys är två varianter av samma metod, där skillnaden handlar om hur hälsoeffekter mäts. I en strikt kostnadseffektivitetsanalys mäts hälsoeffekter i exempelvis antal besvärspria dagar eller antal vunna levnadsår, medan hälsoeffekter i en kostnadsnyttoanalys mäts i kombinerade mått såsom QALY. I praktiken i Sverige används dock oftast uttrycket kostnadseffektivitetsanalys som samlingsbegrepp för både metoderna.

effekterna från en insats. Genom att använda QALY tas hänsyn till två dimensioner av hälsa, livslängd och hälsorelaterad livskvalitet och jämförelser mellan olika terapiområden möjliggörs.

Resultaten från en kostnadseffektivitetsanalys presenteras som en inkrementell kostnadseffektivitetskvot (ICER), vilket ofta utläses som kostnad per vunnet effektmått. En ICER beräknas genom att ta skillnaden i kostnad dividerat med skillnad i hälsoeffekt.⁸ Tolkningen av en ICER kan även illustreras med hjälp av ett så kallat kostnadseffektivitetsplan, se figur 6.1, där den ökade hälsoeffekten av en insats i jämförelse med jämförelsealternativet mäts på x-axeln, och den ökade kostnaden för insatsen mäts på y-axeln.

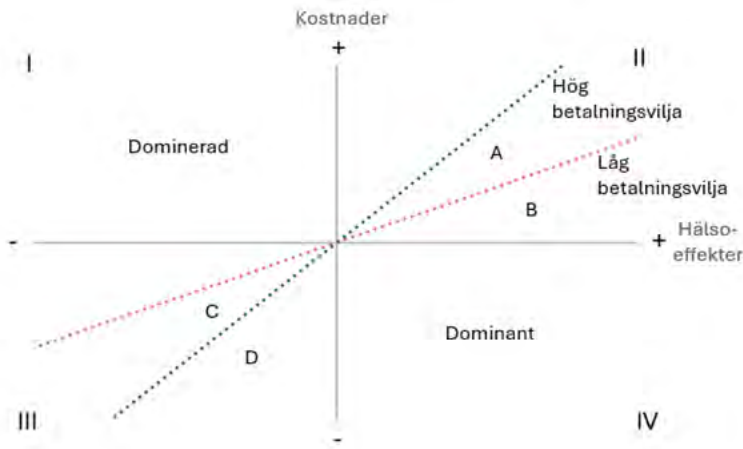
Om en insats leder till mer hälsa till en lägre kostnad i jämförelse med jämförelsealternativet, anses insatsen som överlägset bäst (dominant) och kostnadseffektiv (kvadrant IV i figur 6.1). På motsvarande vis är en insats som leder till lägre hälsovinst till ett högre pris än jämförelsealternativet överlägset sämre (dominerad) (i kvadrant I i figur 6.1). I dessa två fall är beslutet om prioritering enkelt – i kvadrant I bör insatsen inte införas och i kvadrant IV bör insatsen införas. Om resultaten däremot hamnar i antingen den övre högra kvadranten (kvadrant II; bättre effekt till en högre kostnad) eller den lägre vänstra kvadranten (kvadrant III; sämre effekt till en lägre kostnad) är beslutet inte lika självklart utan beror på betalningsviljan hos samhället.

Betalningsviljan illustreras i figur 6.1 av de streckade linjerna. Om ICER:n hamnar i punkt A i figur 6.1 är insatsen kostnadseffektiv givet att samhället har en hög betalningsvilja, men inte om samhället har en låg betalningsvilja. I punkt B är insatsen kostnadseffektiv vid båda de illustrerade betalningsviljorna. Ofta finns det olika tröskelvärden som används för att avgöra om samhället anser att insatsen är kostnadseffektiv eller inte, vilket exempelvis kan bero på sjukdomens svårighetsgrad.

I område C och D i figur 6.1 är tolkningen än svårare eftersom insatsen leder till sämre hälsa till ett lägre pris. Resultaten från ICER:n kan då tolkas som en besparing per förlorat QALY i motsats till kostnad per vunnet QALY.

⁸ $ICER = (Kostnaden\ i\ insats\ A - Kostnaden\ i\ insats\ B) / (Hälsoeffekt\ i\ insats\ A - Hälsoeffekt\ i\ insats\ B)$.

Figur 6.1 Kostnadseffektivitetsplanet



Källa: Egen illustration.

I en *kostnadsintäktsanalys* (CBA, *cost-benefit analysis*) mäts både kostnader och effekter i monetära termer. En insats anses vara kostnadseffektiv om intäkterna från insatsen, alltså värdet av insatsen mätt i pengar, är större än kostnaderna för insatsen. En fördel med CBA är att metoden kan tillämpas på insatser inom alla typer av områden eller sektorer. Nackdelen är att det kan vara svårt att mäta effekter på hälsa i monetära termer. Detta gör att CBA används i förhållandevis liten utsträckning inom hälso- och sjukvårdsområdet.

I de fall alternativa insatser har samma effekter på hälsa kan enbart en kostnadsjämförelse användas för att utvärdera kostnadseffektiviteten mellan alternativa insatser. Denna metod för utvärdering kallas kostnadsminimeringsanalys (CMA, *cost-minimization analysis*) och är en variant av CEA. Det alternativ som har lägst kostnad är det mest effektiva alternativet. I praktiken har olika insatser dock ofta olika effekter på både hälsa och kostnader.

Utöver metoder för ekonomisk utvärdering finns en rad metoder för ekonomiska analyser inom hälsoekonomin och nationalekonomin som används för att beskriva och förklara ekonomiska samband, utan att nödvändigtvis utvärdera kostnadseffektiviteten för insatser.

Ett exempel på en ekonomisk analys är sjukdomskostnadsstudier (COI, *cost-of-illness studies*), vilka syftar till att beskriva de sam-

hällseconomiska kostnaderna för ohälsa. Studierna i sig kan utgöra ett verktyg för att beskriva vad ohälsa, såsom exempelvis en riskfaktor som obesitas, kostar samhället, men metoden kan inte ensamt informera om hur prioriteringar kan eller bör göras. Implicit kan COI-studier dock ge beslutsfattare information genom att jämföra samhällskostnaderna för olika delar av folkhälsan och därmed utgöra en grund för prioritering – var kan de största effekterna nås och de stora samhällsbesparingarna göras.

6.3.2 Effekttvärdering

I *effekttvärderingar* studeras insatsers effekter. Att skatta effekterna av en viss insats, såsom exempelvis hälsoeffekterna av ett barnhälsovårdsprogram, är en förutsättning för att kunna bedöma insatsens kostnadseffektivitet. I många fall används enbart effekttvärderingar som underlag vid prioriteringar.⁹

Effekttvärderingar har en kontrafaktisk ansats, vilket innebär att syftet är att avgöra om de observerade effekterna kan tillskrivas insatsen och inte andra faktorer. För att kunna göra denna bedömning behövs en jämförelsegrupp, det vill säga en kontrollgrupp som inte har fått ta del av insatsen.

I vissa fall kan folkhälsoinsatser utvärderas med hjälp av randomiserade kontrollerade studier (RCT), där en jämförelsegrupp skapas. Det finns dock liknande utmaningar vid effekttvärdering av folkhälsoinsatser, som även förekommer inom samhällsvetenskapen i stort, nämligen att randomisering inte alltid är lämpligt eller möjligt.

Kvasi-experimentella metoder används när lagändringar eller policygränser, som åldersgränser för subventionerade läkemedel, skapar naturligt jämförbara grupper.¹⁰ Dessa metoder möjliggör kausala slutsatser även när randomisering inte är möjlig. Metoder för effekttvärdering utvecklas kontinuerligt.

I kapitel 10 ges en mer ingående redogörelse för olika metoder för effekttvärdering inom folkhälsoområdet.

⁹ FORTE 2021.

¹⁰ Se exempelvis Angrist & Pischke 2009.

6.4 Hur mycket är samhället villigt att betala för liv och hälsa?

Vad är vi beredda att betala för ökad hälsa och välbefinnande? Är vi villiga att satsa mer för att förbättra hälsan för de som mår allra sämst, eller för de yngsta eller de äldsta i vårt samhälle? Dessa frågor aktualiseras när prioriteringar inom hälso- och folkhälsoområdet ska göras. Som tidigare nämnts beror huruvida en insats anses kostnadseffektiv eller inte på vad samhället är villigt att betala för en vunnen hälsoeffekt, som exempelvis en vunnen QALY – det vill säga ett levnadsår i full hälsa.

Vad samhället är villigt att betala för hälsa är en komplex fråga. Att sätta ett monetärt värde på liv och hälsa kan verka orimligt, men i en värld med begränsade resurser krävs prioriteringar. Detta innebär att vi måste kunna ta ställning till vad vi är beredda att betala för liv och hälsa i olika sammanhang och situationer.

Tröskelvärden används inom hälsoekonomin för att ange vad som kan anses vara kostnadseffektivt. Det finns i dag inte ett uttalat tröskelvärde inom hälso- och sjukvården eller folkhälsoområdet utan vilken nivå tröskelvärdet ligger på kan bero på en rad faktorer såsom tillståndets svårighetsgrad eller etiska överväganden.

Tröskelvärden kan beräknas på olika sätt. Ett tillvägagångssätt är att undersöka människors betalningsvilja för att exempelvis undvika ett dödsfall eller få förbättrad hälsa. Ett annat sätt är att uppskatta marginalproduktiviteten i hälso- och sjukvården, alltså försöka skatta vad det kostar att producera ett QALY i hälso- och sjukvården, för att svara på frågan: hur mycket hälsa förloras genom att annan vård trängs undan om vi inför en ny behandling? Tanken är att inte använda pengarna för nya behandlingar om de skulle göra mer nytta, det vill säga skapa mer hälsa, på annat håll i sjukvården. Om vi inför insatser med en kostnad per QALY som är högre än marginalproduktiviteten i hälso- och sjukvården, innebär det att vi förlorar hälsa.

Vid en bedömning av vad som är en rimlig kostnad per vunnet QALY vägs ofta tillståndets svårighetsgrad in, och ju allvarigare tillstånd, desto högre är tröskelvärdet.

Tröskelvärden för en QALY kan även härledas från värdet av ett statistiskt liv (VSL).¹¹ VSL används exempelvis av Trafikverket för att fatta beslut om investeringar inom transportsektorn.

¹¹ Se exempelvis Hultkrantz 2020.

I Sverige saknas ett explicit tröskelvärde för vad som anses vara kostnadseffektivt i termer av betalningsvilja för liv och hälsa. Det finns ingen, från Sveriges riksdag eller regering, uttalad betalningsvilja för en QALY eller andra mått på hälsa eller liv, utan betalningsviljan beror på kontexten. På vissa områden, såsom miljöområdet, finns dock vägledning. Exempelvis används en samhällsekonomisk prisdatabas som innehåller värden för både QALY och VSL.¹² Denna databas används av bland annat miljömålsmyndigheter.

På hälso- och folkhälsoområdet saknas en motsvarande myndighetsgemensam vägledning för betalningsvilja för liv och hälsa. I stället är betalningsvilja myndighetsspecifik. Till exempel har TLV tidigare tillämpat tröskelvärden mellan 700 000 och 1 200 000 kronor per vunnen QALY för svåra sjukdomar och tillstånd i myndighetens beslut om läkemedelsförmåner (2005–2011), beroende på svårighetsgrad av sjukdom. I en rapport från 2023 uppger TLV att myndigheten har accepterat en kostnad per vunnet QALY upp till 1 miljon kronor för läkemedel för tillstånd med mycket hög svårighetsgrad.¹³

Detta kan jämföras med Folkhälsomyndigheten, där en granskning av ekonomiska utvärderingar av nationella vaccinationsprogram (fram till våren 2023) visade att myndigheten gjort bedömningen att en kostnad på upp till 620 000 kronor per vunnen QALY kan anses vara kostnadseffektivt.¹⁴ Det finns inte någon tydlig linje vare sig hos TLV eller Folkhälsomyndigheten när det gäller betalningsvilja för preventiva åtgärder jämfört med behandlande insatser.¹⁵

I Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer kategoriseras kostnaden per vunnen QALY i låg (<100 000 kronor), måttlig (100 000–499 999 kronor), hög (500 000–1 000 000 kronor) och mycket hög (>1 000 000 kronor). De olika gränsvärdena och kategoriseringen visar att värderingen av en kostnad per vunnet QALY kan variera, vilket illustrerar att det finns svårigheter med att ha ett fast gränsvärde som gäller vid alla beslutssituationer.¹⁶ Socialstyrelsen ger inte någon vägledning om huruvida en mycket hög kostnad per vunnet QALY, till exempel över 1 000 000 kronor, kan anses vara kostnadseffektiv eller inte.

¹² Se exempelvis Söderqvist & Wallström 2017.

¹³ TLV 2023.

¹⁴ Ibid s. 118.

¹⁵ SOU 2024:2.

¹⁶ Socialstyrelsen 2021a s. 8.

En mer ingående beskrivning av tillämpningen av tröskelvärden hos olika myndigheter ges i kapitel 7 samt analys av behov av myndighetsgemensam syn ges i kapitel 13.

7 Ekonomiska analyser i folkhälsoarbetet – aktörer på olika nivåer och internationell utblick

I detta kapitel ges en översikt av befintliga verksamheter inom svensk förvaltning med uppdrag kopplade till hälsoekonomiska, eller angränsande, analyser inom folkhälsoområdet. Utredningen redogör bland annat för hur Folkhälsomyndigheten, med sitt övergripande ansvar att leda, stötta och samordna folkhälsoarbetet i Sverige, använder ekonomiska utvärderingar och analyser. Vidare redovisas hur utvalda expertmyndigheter, regioner och andra aktörer använder och utvecklar ekonomiska analyser och utvärderingar i sin verksamhet.

Avslutningsvis ges en internationell utblick med en översikt av det norska regelverket och de riktlinjer som styr utformningen och användningen av ekonomiska analyser inom folkhälsoarbetet i Norge.

7.1 Kartläggning av ekonomiska analyser inom folkhälsoområdet

Utredningen har vänt sig till ett urval av aktörer med uppdrag inom folkhälsoområdet för att kartlägga hur och när ekonomiska och närliggande analyser används, samt för att klargöra ansvarsfördelningen mellan olika sektorer och verksamhetsområden. En riktad enkätundersökning har genomförts under våren 2025 bland relevanta aktörer inom offentlig förvaltning och akademi.

Redogörelsen omfattar centrala aktörer inom folkhälsoområdet, som Folkhälsomyndigheten, SBU, Socialstyrelsen, TLV, Trafikver-

ket, Trafikanalys, regioner, regionala HTA-organisationer samt akademiska institutioner.

Utredningens kartläggning sammanfattas i tabell 7.1. Sammanfattningsvis används ekonomiska analyser och effektutvärderingar inom många folkhälsoområden, men metoder och tillvägagångssätt varierar mellan olika sektorer, myndigheter och aktörer. Skillnaderna kan ofta förklaras av analysens syfte och datatillgång, men också av sektorspecifika traditioner och praxis.

Vanligt förekommande metoder är kostnadseffektivitetsanalyser (CEA) med QALY som utfallsmått, särskilt inom hälso- och sjukvårdsområdet. Andra vanligt förekommande metoder är budgetpåverkansanalyser och kostnadsintäktsanalyser (CBA), där den senare är särskilt vanlig inom transportsektorn. Inom områden som utbildning och social omsorg används i större utsträckning sektorspecifika effektmått. Metoder för effektutvärdering, inklusive kvasi-experimentella och modellbaserade ansatser, samt systematiska litteratursammanställningar, används inom samtliga sektorer.

Det analytiska perspektivet varierar beroende på beslutsnivå: på nationell nivå används ofta ett samhällsekonomiskt perspektiv, där både direkta och indirekta kostnader inkluderas. På regional nivå dominerar ett hälso- och sjukvårdsperspektiv, där indirekta kostnader vanligen inte ingår.

Det saknas enhetliga tröskelvärden för kostnadseffektivitet på folkhälsoområdet och inom offentlig förvaltning. Flera aktörer refererar till Socialstyrelsens bedömningar av vad som utgör en låg, måttlig, hög eller mycket hög kostnad per vunnen QALY. De nivåer på kostnad per vunnet QALY som TLV accepterar vid förmånsbeslut beror på sjukdomens svårighetsgrad. Ingen aktör har dock ett entydigt och allmänt tillämpat tröskelvärde.

Kompetens och resurser för ekonomisk analys varierar kraftigt mellan olika myndigheter. Folkhälsomyndigheten, som har ansvar för metodutveckling inom hälsoekonomi på folkhälsoområdet, har jämförelsevis få årsarbetskrafter inom hälsoekonomi och nationalekonomi, i relation till TLV:s och Socialstyrelsens årsarbetskrafter.

Samverkan förekommer mellan myndigheter, regioner, akademiska och privata aktörer men i varierande grad. Detta gäller särskilt inom områden där flera aktörer bedriver liknande eller överlappande analyser, exempelvis inom hälso- och sjukvården.

Ekonomiska analyser genomförs mer systematiskt inom områden där det finns tydliga uppdrag, exempelvis inom läkemedelsområdet och vaccinationsområdet, där lagstiftning och myndighetsinstruktioner ger ett tydligt uppdrag.

Slutligen konstaterar utredningen att diskonteringsräntan för hälsa och kostnader varierar mellan sektorer (3 procent inom hälso- och sjukvårdssektorn respektive 3,5 procent inom transportsektorn). Detta kan vara problematiskt eftersom det riskerar att leda till inkonsekventa prioriteringar över politikområden.

Tabell 7.1 Vem gör vad och på vilket område?

Aktör	Sektor	Vanliga metoder	Perspektiv	Hälsoeffekter	Diskontering (%)	Rättsligt	Antal hälsoekonomer
Fohm	Hälso- och sjukvård, folkhälsa	CEA, COI, simulering, registerstudier	Både samhälls- och vårdperspektiv	QALY	3	Ja	3
SBU	Hälso- och sjukvård, socialtjänst	Systematiska översikter, kostnadsberäkningar, CEA	Varierar	QALY (ofta)	3	Nej	4,2
TLV	Läkemedel	Bedömer CEA och gör egna känslighetsanalyser	Begränsat samhällsperspektiv	QALY	3	Ja	25
SoS	Hälso- och sjukvård, socialtjänst	Budgetpåverkan, kostnadsberäkningar, litteraturöversikter	Ofta budgetperspektiv	Beroende på fråga	3	Ja	8
HTA Sydost	Hälso- och sjukvård	CEA, systematiska litteraturöversikter	Budgetperspektiv	Beroende på fråga	3	–	0,5
HTA VGR	Hälso- och sjukvård	Budgetkonsekvensanalys, CEA	Budgetperspektiv	QALY, HRQoL	3	Ja	1
Trafikanalys	Transport	CBA, kalkyler, DALY, VSL	Samhällsperspektiv	DALY	3,5	Indirekt	3–4
Trafikverket	Transport	CBA enligt ASEK	Samhällsperspektiv	DALY	3,5	Indirekt	–
RISE	Skola, omsorg, Arbetsmarknad, Hälso- och sjukvård, Tandvård	CBA/CEA, experimentella och kvasi-experimentella metoder	Varierar	Beroende på fråga	3 om tids horisonten >3 år	Nej	3
HEPER (GU)	Akademi	CEA, modeller, register, effektutvärdering	Samhälls- och vårdperspektiv	QALY, LY, andra	3 om svensk kontext	Nej	7

Nedan ges en beskrivning av expertmyndigheter och andra aktörer som genomför och utvecklar ekonomiska analyser på folkhälsoområdet.

7.1.1 Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten har ett övergripande uppdrag att följa upp och utvärdera folkhälsan samt folkhälsoarbetet.¹ Inom ramen för myndighetens arbete genomförs ekonomiska analyser inom flera områden i syfte att stärka folkhälsoarbetet. Detta sker i enlighet med 2 kap. 3 § smittskyddslagen (2004:168), 7 § smittskyddsförordningen (2004:255) samt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Cirka tre årsarbetskrafter, bestående av hälsoekonomer och nationalekonomer, arbetar med ekonomiska analyser vid myndigheten. Folkhälsomyndigheten genomför en rad olika ekonomiska analyser inom områden som smittskydd (inklusive vaccinationsprogram), icke-smittsamma sjukdomar och antibiotikaresistens.

Myndigheten använder och utvecklar bland annat kostnads- effektivitetsanalyser, sjukdomskostnadsstudier (COI), simuleringsmodeller samt registerstudier med fokus på resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Arbetet utgår både från ett så kallat begränsat samhällsperspektiv och från ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Vid behov, eller på uppdrag av andra aktörer, tar myndigheten även fram analyser av budgetpåverkan.

Nedan ges en översikt av de ekonomiska analyser som Folkhälsomyndigheten använder och utvecklar.

Ekonomisk utvärdering av nationella vaccinationsprogram

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att förse regeringen med underlag för beslut huruvida en sjukdom ska ingå i det nationella vaccinationsprogrammet eller inte. Folkhälsomyndigheten utreder därmed inte specifika vaccin, utan vaccination mot en sjukdom.

¹ Förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

Vid bedömningen av nya vaccinationsprogram måste flera faktorer beaktas², däribland kostnadseffektiviteten av ett införande.³ Sedan myndigheten bildades 2014 har en rad olika ekonomiska utvärderingar utförts inom vaccinationsområdet, såsom exempelvis kostnadseffektivitetsanalyser av HPV-vaccination till pojkar, rotavaccination, hepatit B-vaccination, vattkoppsvaccination och bältrosvaccination. Utvärderingarna har använts av regeringen som underlag inför beslut om införande i de allmänna vaccinationsprogrammen.

För att undersöka kostnadseffektiviteten används kostnadseffektivitetsanalys, där förväntade kostnader och hälsoeffekter, mätta i kvalitetsjusterade levnadsår (QALY), av det aktuella vaccinationsprogrammet jämförs med en alternativ insats (eller ett scenario utan vaccinationsprogram om det inte finns något program).⁴

Folkhälsomyndighetens ekonomiska utvärderingar av nationella vaccinationsprogram bygger ofta på simuleringsmodeller som myndigheten utvecklar själva. Detta arbete kräver både stora mängder data och expertis inom fler områden utöver hälsoekonomi, såsom epidemiologi, datavetenskap, matematik och statistik. Folkhälsomyndigheten arbetar efter en checklista vid hälsoekonomisk modellering av vaccin.⁵

Folkhälsomyndighetens ekonomiska utvärderingar av vaccinationsprogram har ett samhällsekonomiskt perspektiv och har en välfärdsekonomisk ansats. Denna ansats innebär att alla kostnader och effekter ska tas i beaktande oavsett vem eller vilken sektor som får bära dessa. Indirekta kostnader från produktivitetsbortfall ingår därmed i Folkhälsomyndighetens utvärderingar.⁶ I myndighetens utvärderingar diskonteras både kostnader och hälsoeffekter med tre procent årligen, i enlighet med TLV:s allmänna råd för ekonomiska utvärderingar. En granskning av ekonomiska utvärderingar av nationella vaccinationsprogram (fram till våren 2023) visade att Folkhälsomyndigheten gjort bedömningen att en kostnad upp till 620 000 kronor per vunnen QALY kan anses vara kostnadseffektiv.⁷

² I 7 d § smittskyddsförordningen (2004:255) finns 13 faktorer som Folkhälsomyndigheten ska bedöma vid rekommendationer kring huruvida ett vaccin bör ingå i det nationella vaccinationsprogrammet eller inte.

³ Enligt 2 kap. 3 e § smittskyddslagen (2004:168) ska ett vaccin vara samhällsekonomiskt effektivt för att kunna ingå i det nationella vaccinationsprogrammet.

⁴ Se exempelvis Folkhälsomyndigheten 2018.

⁵ Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag att ta fram en generell modell för att kunna genomföra samhällsekonomiska analyser av nationella vaccinationsprogram.

⁶ SOU 2024:2 bilaga 2 s. 108.

⁷ Ibid s. 118.

Resultaten från Folkhälsomyndighetens ekonomiska utvärderingar presenteras i form av en så kallad inkrementell kostnadseffektivitetskvot (ICER). Folkhälsomyndigheten saknar ett explicit tröskelvärde för när en insats kan anses vara kostnadseffektiv. Vid bedömningen av kostnadseffektivitet tas ingen explicit hänsyn till sjukdomens svårighetsgrad.⁸ Folkhälsomyndigheten gör heller ingen skillnad i betalningsvilja mellan förebyggande och behandlande insatser, utan refererar ofta till Socialstyrelsens riktlinjer av vad som är en måttlig kostnad per vunnet QALY.

Ekonomiska analyser och utvärderingar inom området för icke-smittsamma sjukdomar

Folkhälsomyndigheten utför även ekonomiska utvärderingar och analyser på området som avser levnadsvanor inklusive ANDTS. På ANDT-området utför Folkhälsomyndigheten både egna ekonomiska utvärderingar samt systematiska litteratursammanställningar av befintliga hälsoekonomiska utvärderingar.⁹

Folkhälsomyndigheten har ett omfattande pågående arbete med att följa utvecklingen av icke-smittsamma sjukdomar och dess samhällskostnader. Inom ramen för detta arbete utvecklar och använder myndigheten simuleringsmodeller baserade på matematiska modeller för att estimerar olika sjukdomars och tillstånd utveckling i befolkningen samt för att beräkna de potentiella samhällskostnader som dessa kan medföra. Dessa modeller används också för att utvärdera effekter av folkhälsoinsatser. I stycket nedan redogörs för två av dessa modeller.

⁸ SOU 2024:2 bilaga 2 s. 118.

⁹ Folkhälsomyndigheten 2020a & Folkhälsomyndigheten 2020b.

Swedish Economic Social Interaction Model (SESIM)

SESIM (Swedish Economic Social Interaction Model) är en individ-baserad dynamisk mikrosimuleringsmodell som används för att modellera den svenska befolkningen.¹⁰ Modellen är utformad för att studera de ekonomiska effekterna av politiska reformer och har bred tillämpning inom flera områden av svensk förvaltning. SESIM har bland annat använts för att utvärdera pensionsreformer, göra pensionsprognoser samt analysera konsekvenserna av en åldrande befolkning och befolkningens framtida hälsostatus. Modellen utvecklades ursprungligen i slutet av 1990-talet på uppdrag av Finansdepartementet, men används i dag av flera myndigheter såsom Socialdepartementet, Riksrevisionen och Folkhälsomyndigheten.¹¹

Sedan 2018 har Folkhälsomyndigheten vidareutvecklat SESIM för att inkludera hälsorelaterade faktorer. Med SESIM kan utvecklingen av ohälsa och dess samhällskostnader analyseras. Modellen kan användas för att skatta framtida samhällskostnader kopplade till ohälsa (och dess riskfaktorer) samt för att simulera effekter av olika folkhälsopolitiska insatser på ohälsa och dess kostnader.

Myndighetens version av modellen simulerar livsbanor på individnivå för Sveriges befolkning från 1999 till 2110. Grundpopulationen består av cirka 300 000 individer från LINDA-databasen, ett urval som successivt ersätts av fiktiva individer. I dagsläget arbetar Folkhälsomyndigheten med att utveckla SESIM för att beskriva samhällskostnader förknippade med risk- och skyddsfaktorer på följande områden:

¹⁰ SESIM bygger på en kombination av regler, algoritmer och slumpmässiga modeller för att beskriva förändringar i befolkningens egenskaper över tid. Modellen uppdaterar dessa egenskaper sekventiellt, år för år, för att skapa en dynamisk simulering av den framtida utvecklingen. Basen i modellen är moduler för att modellera demografiska förändringar, såsom fertilitet och dödlighet, vilka kompletteras med ytterligare moduler för migration, utbildning, arbetsmarknadsutfall och andra socioekonomiska faktorer (se Bilaga 2 till LU2019, Flood m.fl. 2012 & Klevmarken 1997 för mer information).

¹¹ Ibid.

Tabell 7.2 Område och indikatorer för SESIM

Område	Indikator
Hälsa	Medellivslängd Förtida dödlighet
M02. Kunskaper, kompetenser och utbildning	Gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjad utbildning
M03. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö	Långtidsarbetslöshet Unga som varken arbetar eller studerar
M04. Inkomster och försörjningsmöjligheter	Ekonomisk standard, percentiler, median Varaktig låg inkomststandard, absolut Varaktig låg ekonomisk standard, relativ
M06. Levnadsvanor	Daglig tobaksrökning Riskkonsumtion av alkohol Fysisk aktivitet Äter grönsaker dagligen

Non-communicable diseases simulation model (NCDSim)

Folkhälsomyndigheten har, i samarbete med Cancerfonden och Hjärt-Lungfonden, utvecklat ett scenariorövertyg för att simulera utvecklingen av icke-smittsamma sjukdomar (non-communicable diseases, NCD), kallat NCDSim. Verktöget är utformat för att modellera och analysera sjukdomar som cancer samt hjärt- och kärlsjukdomar, men det kan anpassas för att inkludera ytterligare sjukdomar.

NCDSim är en systemdynamisk modell som modellerar stockar och flöden i befolkningen baserat på demografiska prognoser från SCB. Till skillnad från mikrosimuleringsmodeller som SESIM, bygger NCDSim på aggregerade data och analyserar homogena grupper i stället för (heterogena) individer. Modellen används för att bland annat undersöka hur olika livsstilsfaktorer, såsom kost, fysisk aktivitet och rökning, påverkar sjukdomsburden i befolkningen (incidens och prevalens).

NCDSim kan också användas för att beräkna de samhällsekonomiska kostnaderna förknippade med icke-smittsamma sjukdomar samt simulera effekterna av förändringar i livsstilsfaktorer, vilket gör det möjligt att bedöma effektiviteten av olika preventiva och hälsofrämjande åtgärder.

Utfallsfokuserade arbetssätt

Regeringen har gett ett uppdrag till Folkhälsomyndigheten och Vinnova att förbereda, utforma och implementera ett långsiktigt nationellt stöd för att stimulera användandet av innovativa utfallsfokuserade arbetssätt och investeringsmodeller såsom sociala utfallskontrakt.¹²

Enligt Folkhälsomyndigheten¹³ kan utfallsfokuserade investeringsmodeller definieras som:

Modeller för finansiering som ger incitament att genomföra insatser som förväntas ge positiva utfall (här med betoning på sociala och hälsomässiga utfall) på längre sikt och/eller i en annan del av det offentliga systemet.

Utfallsfokuserade arbetssätt definieras som:

Arbetsätt för hälsofrämjande, förebyggande eller tidiga insatser som utgår från vad som ska uppnås i stället för vad som ska genomföras.

Vidare är begreppet sociala investeringar viktigt i sammanhanget och kan betraktas både som ett perspektiv och ett arbetssätt¹⁴ med syfte att stärka humankapitalet genom förebyggande och tidiga insatser, ofta med ett tvärasektoriellt perspektiv.

Folkhälsomyndigheten har ansvaret att samordna uppdraget som ska slutredovisas mars 2027.¹⁵ Syftet med regeringsuppdraget är att olika aktörer tillsammans ska kunna möta samhällsutmaningar med fokus på förbättrade sociala och hälsomässiga resultat, särskilt för barn och unga. Erfarenheterna ska även spridas till andra målgrupper och sektorer. Inom uppdraget ingår att ta fram förslag på hur en nationell utfallsfinansiering kan utformas och administreras samt att genomföra kostnadsberäkningar för insatser som kan medföra statliga utgifter.

Uppdraget stöds också av Ekonomistyrningsverket (ESV) som bidrar med expertis inom statlig styrning.

¹² Regeringsbeslut S2024/01659.

¹³ Folkhälsomyndigheten 2025b s. 9.

¹⁴ ESO 2020.

¹⁵ Regeringsbeslut S2024/01659.

Uppdrag för att stärka hälsofrämjande och förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten

År 2023 tillsatte Rådet för styrning med kunskap (RSK) en myndighetstgemensam arbetsgrupp¹⁶, ledd av Folkhälsomyndigheten, i syfte att stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Beslutet att tillsätta gruppen grundades på behov som uttryckts av RSK:s huvudmannagrupp, som består av representanter för kommuner och regioner. De behov som framförts rör särskilt:

- kunskapsstöd för ekonomiska analyser
- stöd för personer med ledande roll i att prioritera hälsofrämjande och förebyggande arbete samt ge stöd i hur man kan följa upp och vad som ska mätas
- data på lokal och aggregerad nivå.

Sammanfattningsvis är arbetsgruppens uppdrag att identifiera och föreslå samverkansområden och, inom dessa områden, gemensamma insatser som ska bidra till:

- nationellt samordnad och ändamålsenlig uppföljning och analys till stöd för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på regional och lokal nivå
- samordnat stöd för huvudmännens beslutsfattande i syfte att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård ska kunna prioriteras och stärkas.

Inom ramen för uppdraget tar arbetsgruppen fram ett metodstöd som visar på hur ekonomiska analyser och utvärderingar kan genomföras. Detta uppdrag pågår till december 2025.

¹⁶ I arbetsgruppen ingår: Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forte, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, SBU och TLV.

7.1.2 SBU

SBU är en så kallad health technology assessment (HTA)-myndighet med uppdrag att utvärdera det vetenskapliga stödet för tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården och i den verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen (2025:400) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade ur, där det är aktuellt, ett medicinskt, socialt, ekonomiskt, samhällsligt och etiskt perspektiv.¹⁷

På SBU finns en hälsoekonomigrupp bestående av fem hälsoekonomer, motsvarande fem årsarbetskrafter, som bistår med kunskap om ekonomiska perspektiv. Fokus för verksamheten inom hälsoekonomi ligger på att belysa de metoder och insatser som är föremål för SBU:s utvärderingar ur ett hälsoekonomiskt perspektiv, både i form av systematiska litteratursammanställningar av befintliga hälsoekonomiska utvärderingar samt egna hälsoekonomiska utvärderingar.

För att besvara hälsoekonomiska frågeställningar genomför SBU vanligen en systematisk översikt av hälsoekonomisk och ekonomisk litteratur. SBU använder specifika granskningsmallar för hälsoekonomiska studier för att granska de hälsoekonomiska metoderna, exempelvis om relevanta kostnader är medräknade givet val av perspektiv eller om känslighetsanalyser har genomförts.

SBU genomför även egna hälsoekonomiska analyser såsom kostnadsberäkningar, budgetpåverkansanalyser och analyser av kostnadseffektivitet, däribland modellbaserade analyser över kostnadseffektiviteten vilka bygger på effektskattningar från den systematiska litteraturöversikten. Myndigheten bistår även med hälsoekonomiska perspektiv som uppgifter om insatsers kostnader i förhållande till insatsers effekter.

Myndigheten redogör i sin metodbok för fyra olika metoder för att skatta tröskelvärdet för kostnadseffektivitet utan att ta ställning för någon av metoderna.¹⁸

¹⁷ Förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

¹⁸ SBU 2023.

7.1.3 TLV

TLV beslutar vilka läkemedel och förbrukningsartiklar som ska omfattas av den nationella läkemedelsförmånen.¹⁹ I denna process är hälsoekonomiska utvärderingar ett viktigt underlag för att avgöra vad som ska ingå i förmånen vilket följer av lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.²⁰ På TLV arbetar ungefär 25 personer som hälsoekonomer.

I TLV:s uppdrag ingår att bedöma nyttan av ett visst läkemedel i förhållande till dess kostnader (relativt det mest kostnadseffektiva av de kliniskt relevanta jämförelsealternativen) – är kostnaden rimlig i relation till dess hälsoeffekter, hur stor kan nyttan förväntas vara och för vilken patientgrupp.

TLV genomför i regel inte egna primära analyser av kostnadseffektivitet, utan baserar sina bedömningar på det underlag som läkemedelsföretagen lämnar in. Däremot kompletterar TLV dessa analyser genom att utföra egna analyser genom att justera vissa parametervärden och för att undersöka om resultaten och slutsatserna i underlaget är känsliga för olika antaganden.

Hälsoeffekterna mäts oftast med QALY. TLV har allmänna råd om ekonomiska utvärderingar, som riktar sig till företag som avser att ansöka om att ett läkemedel ska ingå i läkemedelsförmånerna. Dessa allmänna råd används även av andra myndigheter och aktörer.²¹

TLV:s bedömningar utgår från ett så kallat begränsat samhälls-ekonomiskt perspektiv där indirekta kostnader till följd av produktivetsbortfall inte längre ingår i bedömningen eftersom myndigheten inte vill riskera att diskriminera grupper som exempelvis står långt från arbetsmarknaden. Denna förändring skedde till följd av den översyn som gjordes angående hur den etiska plattformen ska tillämpas på läkemedelsområdet.²²

¹⁹ Bistår regioner med hälsoekonomisk granskning av vissa läkemedel.

²⁰ Detta finns reglerat i 15 § första stycket p.1 lag (2002:160) om läkemedelsförmåner som anger att ett receptbelagt läkemedel ska omfattas av läkemedelsförmånerna och inköpspris och försäljningspris ska fastställas för läkemedlet under förutsättning att kostnaderna för användning av läkemedlet, med beaktande av bestämmelserna i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), framstår som rimliga från medicinska, humanitära och samhälls-ekonomiska synpunkter. Enligt 2 § förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, ingår det i TLV:s uppdrag att utföra hälsoekonomiska bedömningar av läkemedel och medicintekniska produkter som inte omfattas av läkemedelsförmånerna. Detta gäller produkter som rekvireras till slutenvården eller upphandlas av regionerna.

²¹ TLV 2003.

²² SOU 2024:02 s. 198–199.

TLV har inget absolut tröskelvärde för vad en QALY får kosta, eftersom detta beror på flera faktorer som exempelvis svårighetsgraden av det sjukdomstillstånd som behandlas. Enligt en rapport från TLV kan den accepterade kostnaden per QALY uppgå till omkring en miljon kronor för läkemedel som behandlar tillstånd med mycket hög svårighetsgrad.²³

Läkemedel som omfattas av den nationella processen för ordnat införande utvärderas av TLV. Det är Rådet för nya terapier (NT-rådet), en expertgrupp med representanter från Sveriges regioner, som bestämmer vilka läkemedel som ska utvärderas och sedan TLV som ansvarar för att granska och bedöma läkemedelsföretagens hälsoekonomiska utvärderingar av läkemedlets kostnadseffektivitet. Det är också NT-rådet som, baserat på TLV:s utvärdering, gör en egen bedömning av vad som är en acceptabel kostnad i förhållande till den nytta som läkemedlet ger patienterna. NT-rådet ger sedan regionerna rekommendationer om att använda eller inte använda det utvärderade läkemedlet. NT-rådets bedömning baseras på tre kriterier: tillståndets svårighetsgrad, sjukdomens sällsynthet och osäkerheten i det ekonomiska underlaget. NT-rådet har inget explicit tröskelvärde för vad en QALY maximalt får kosta men har liknande resonemang om betalningsvilja som TLV.²⁴

7.1.4 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg som styr, stödjer och utvecklar hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården.

Vid myndighetens analysavdelning, enheten för tandvård och hälsoekonomi, finns en hälsoekonomigrupp med ett tiotal hälsoekonomer. Gruppen bidrar med olika typer av ekonomiska analyser kopplade till insatser inom hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst. Exempel på dessa är budgetpåverkansanalyser, ekonomiska utvärderingar, kostnadsberäkningar och ekonomiska resonemang kring kostnader och effekter. Majoriteten av gruppens uppdrag inkommer i form av regeringsuppdrag, till exempel den återkommande läkemedelskostnadsprognosen som släpps två gånger per år.

²³ SOU 2024:02 s. 196–197.

²⁴ TLV 2023.

Hälsoekonomerna har också möjlighet att föreslå analysområden utifrån myndighetens instruktion. Analyserna baseras primärt på data från myndighetens egna nationella register men samkörning eller användning av data från andra register som SCB:s register eller de nationella kvalitetsregistren förekommer. Användning av enkät-data är också vanligt förekommande.

Socialstyrelsens hälsoekonomer är involverade i arbetet med konsekvensutredningar inför framtagandet av nya eller vid uppdatering av befintliga föreskrifter. Konsekvensutredningarna inkluderar bedömningar av kostnadsmässiga och andra ekonomiska konsekvenser för de aktörer som berörs av föreskrifterna. Dessa bedömningar sker mot bakgrund av krav på främjande av kostnadseffektivitet som följer av 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Nationella riktlinjer, som fungerar som kunskapsunderlag för beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten, innehåller information om insatsernas kostnadseffektivitet när det finns underlag för detta. För att ta fram dessa riktlinjer och underlag sammanställer Socialstyrelsen befintliga ekonomiska analyser och utvärderingar, bland annat genom systematiska litteratursökningar. Ofta sker detta arbete i samarbete med SBU eller andra aktörer.

Socialstyrelsen har ingen explicit betalningsvilja för en QALY. Däremot finns tröskelvärden för vad myndigheten anser vara en låg, måttlig, hög och mycket hög kostnad för en vunnen QALY (eller vunnet levnadsår) beskrivet i myndighetens metodbeskrivning för arbetet med nationella riktlinjer 2021.²⁵

7.1.5 HTA Sydost

HTA Sydost är en regional samverkansgrupp inom Sydöstra sjukvårdsregionen, som består av Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland. Gruppens uppdrag är att granska nya metoder inför ett eventuellt införande i vården samt identifiera metoder som eventuellt bör avvecklas. Uppdraget omfattar även insatser inom omvårdnad, rehabilitering och prevention.

HTA Sydosts utvärderingar utgår från flera perspektiv: medicinskt, hälsoekonomiskt, etiskt, samhälleligt och patientperspektiv. De eko-

²⁵ Socialstyrelsen 2021a s. 8.

nomiska analyserna och effektutvärderingarna fokuserar på hälso- och sjukvården och kan omfatta alla typer av insatser inom området. Den vanligaste analysmetoden är kostnadseffektivitetsanalys.

Analyserna görs oftast ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv, och vanligen inkluderas endast direkta kostnader. Val av effektmått för hälsa beror på den specifika frågeställningen, och samtliga typer av utfallsmått kan användas. Diskontering av hälsoeffekter och kostnader sker med en ränta på 3 procent, i linje med praxis. HTA Sydost har inga bestämda tröskelvärden som används för att bedöma kostnadseffektivitet.

HTA Sydost genomför både primäranalyser och sekundäranalyser, men huvuddelen av arbetet består av systematiska litteratursammanställningar. Organisationen har en halv årsarbetskraft med inriktning på hälsoekonomi eller nationalekonomi. Samarbete sker med övriga regionala HTA-enheter samt med enheten för hälso- och sjukvårdsanalys vid Linköpings universitet.

Resultaten kommuniceras genom rapporter, presentationer och ibland genom vetenskapliga publikationer.

7.1.6 HTA-centrum Västra Götaland

HTA-centrum Västra Götalandsregionen, är en regional organisation som stödjer evidensbaserad vård genom hälsoekonomiska analyser, etiska överväganden och analyser av praktiska och organisatoriska förutsättningar. De ekonomiska analyserna och effektutvärderingarna fokuserar på hälso- och sjukvårdsområdet, med särskild inriktning på medicinska metoder och insatser (health technologies). HTA-centrum använder främst kostnadskalkyler och budgetkonsekvensanalyser som metod, och tidshorizonten varierar beroende på forskningsfrågan – från korta perspektiv till livstidsperspektiv. Arbetet sker bland annat mot bakgrund till krav på kostnadseffektivitet enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

HTA-centrums analyser görs oftast ur ett budgetperspektiv, men samhällsperspektiv kan också förekomma. Vanligtvis inkluderas direkta kostnader, men ibland även indirekta. Hälsoeffekter mäts främst i QALYs och HRQoL. Kostnader diskonteras med en ränta på 3 procent enligt TLV:s riktlinjer. TLV:s tröskelvärde för medel-

svår sjukdom på 500 000 kronor per vunnen QALY används som riktmärke.

HTA-centrum genomför både primäranalyser (till exempel kostnads- och kostnadseffektivitetsanalyser) och sekundäranalyser (till exempel litteraturöversikter). För detta arbete finns en person som arbetar 20 procent av en heltidstjänst som hälsoekonom. HTA-centrum samarbetar med andra myndigheter och experter genom HTA-nätverket och samverkar med sakkunniga inom vården. Resultaten kommuniceras genom HTA-rapporter som riktar sig mot regionala beslutsfattare, universitetet, nationella myndigheter som SBU och Socialstyrelsen samt till internationella HTA-databaser.

7.1.7 Region Stockholm

I Region Stockholm finns en centrumbildning för hälsoekonomi, Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS). Här ingår Stockholm Center för hälsoekonomi (StoCHE), HTA Region Stockholm samt Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. CHIS är en så kallad universitetsjukvårdsenhet där både befintliga och nya metoder prövas och utvärderas.

Stockholm Center för hälsoekonomi (StoCHE) är en forskargrupp med anknytning till Karolinska Institutet. Gruppen arbetar på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom Region Stockholm, men utför även uppdrag för andra offentliga aktörer. StoCHE använder hälsoekonomiska metoder och teorier för att utvärdera metoder samt organisatoriska förändringar inom hälso- och sjukvården. Forskargruppens underlag riktar sig till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården på olika nivåer, och gruppen bistår även med metod- och expertkunskaper inom hälsoekonomi.

StoCHE tillämpar flera olika metoder för ekonomisk utvärdering och analys inom hälso- och sjukvårdsområdet. Exempel på detta är kostnadseffektivitetsanalyser (med QALY som utfallsmått), budgetpåverkansanalyser och ekonomiska resonemang kring kostnader och effekter. Dessutom genomförs hälsoekonomiska uppföljningar som består av deskriptiva analyser av patientgruppers egenskaper, vårdkonsumtion och ledtider inom sjukvården. Analyserna utgår i

regel från ett hälso- och sjukvårdsperspektiv, och den primära datakällan för dessa underlag är regionala data från Region Stockholm.²⁶

7.1.8 Ekonomiska analyser inom akademien, exempel från forskargruppen HEPER vid Göteborgs universitet

Forskargruppen Hälsoekonomi, policy och utvärdering (HEPER), vid Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs universitet, bedriver tvärvetenskaplig forskning med syfte att stödja beslutsfattande inom hälso- och sjukvården och samhället i stort. HEPER:s forskning fokuserar på att identifiera behov av policyförändringar, utvärdera behandlingars effektivitet och utveckla metoder inom hälsoekonomi och epidemiologi. Gruppen omfattar cirka sju årsarbetskrafter med inriktning på hälso- eller nationalekonomi.

HEPER:s ekonomiska analyser och effektutvärderingar omfattar sektorer som hälso- och sjukvård, folkhälsa, äldreomsorg, arbetsliv och utbildning. De täcker ett brett spektrum av sakområden, inklusive läkemedel, sjukvårdsinsatser, screeningprogram, patientavgifter, tandvård, policy- och organisationsförändringar samt ersättnings-system.

Forskargruppen använder olika typer av studiedesigner, kvasi-experimentella, experimentella (till exempel kliniska prövningar) samt modellbaserade, beroende på forskningsfrågan. Tidshorizonten i analyserna varierar från korta till livstidsperspektiv. Både samhällsperspektiv och budgetperspektiv tillämpas, där ett samhällsperspektiv ofta eftersträvas i svenska studier, om datagrunden tillåter.

Forskargruppen genomför både primäranalyser – baserade på register, kliniska data och modeller – och sekundäranalyser, som litteratursammanställningar. Analyserna inkluderar ett brett spektrum av kostnader, såsom resursutnyttjande inom vård och omsorg (till exempel DRG, KPP), patient- och anhörigkostnader samt produktionsbortfall. Effekter på hälsa mäts främst i QALYs och livslängd, men även mortalitet, sjukvårdskontakter och sjukskrivningar ingår beroende på studiens syfte. Diskontering av kostnader och hälsoeffekter sker vanligtvis med 3 procent ränta i svenska analyser.

²⁶ Se exempelvis Region Stockholm 2024a.

I studier med svensk kontext relateras resultaten ofta till Socialstyrelsens och TLV:s bedömning av kostnadseffektivitet.

HEPER har omfattande samverkan med andra forskargrupper vid Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien, Handelshögskolan samt internationella lärosäten. Resultat från forskningen publiceras främst i faktagranskade vetenskapliga internationella tidskrifter.

7.1.9 RISE Research Institutes of Sweden

RISE Research Institutes of Sweden är Sveriges forskningsinstitut och innovationspartner. I internationell samverkan med företag, akademi och offentlig sektor bidrar RISE till ett konkurrenskraftigt näringsliv och ett hållbart samhälle. RISE har cirka 3 300 medarbetare och finns på ett 20-tal kontor runt om i Sverige. Social & Health Impact Center (SHIC) är ett kunskapscenter på RISE som syftar till att stödja offentlig sektor och civilsamhälle att ställa om för ökad social hållbarhet. Exempel på projekt som genomförts vid SHIC handlar om föräldraskapsstödsprogram och arbetsmarknadsprogram.

Fokus för SHIC är välfärdens kärnverksamheter samt innovativa samarbeten och förebyggande insatser inom hälsa, socialtjänst, skola, arbetsmarknad/sysselsättning och integration. Detta tar främst sin form genom samarbeten med offentliga aktörer i kommunal och regional regi samt med civilsamhällesaktörer. Samarbetena kretsar oftast kring verksamhetsutveckling baserad på förändringsteori och dataanalys där SHIC kombinerar statistisk analys, ekonomisk modellering och utvärdering av socioekonomiska effekter med kunskap i förändrings- och processledning. Inom ekonomisk analys arbetar SHIC med flera olika metoder som kostnadsnyttoanalys (exempelvis med hjälp av Markovkedjor), budgetpåverkansanalys, deskriptiv analys och olika metoder för effektutvärdering, exempelvis experimentella metoder, och kvasiexperimentella metoder (som Difference-in-Differences).

7.1.10 Trafikverket

Trafikverket är den statliga myndighet som ansvarar för långsiktig planering, byggande och drift av Sveriges infrastruktur för väg, järnväg, sjöfart och luftfart. Trafikverket ansvarar även för infrastrukturprojekt i farleder, slussar och kanaler.²⁷

Trafikverket är också huvudansvarig för att utveckla och ge ut riktlinjerna Analysmetod och samhällsekonomiska kalkylvärden för transportsektorn (ASEK), som fungerar som ett styrdokument för samhällsekonomiska analyser inom transportområdet.

ASEK uppdateras vartannat år och revideras mer grundligt vart fjärde år. Arbetet sker i samråd med ett vetenskapligt råd och en samrådsgrupp med representanter från andra myndigheter som Transportstyrelsen, Sjöfartsverket, Energimyndigheten, Naturvårdsverket, Boverket, Region Stockholm och Trafikanalys.²⁸

De ekonomiska analyserna och effektutvärderingarna som Trafikverket genomför är inriktade på transportinfrastrukturens effekter, exempelvis luftkvalitet, buller och hälsoeffekter av aktiva transporter. Analyserna används bland annat vid nationell infrastrukturplanering och åtgärdsprioritering. Den främsta metoden är samhällsekonomisk nyttokostnadsanalys (Benefit-Cost Analysis), enligt principer och kalkylvärden i ASEK.

Trafikverket inkluderar både direkta och indirekta kostnader i deras analyser. Effekter på hälsa mäts bland annat i DALY, särskilt vid bedömning av buller och aktiva transporter. Diskonteringsräntan är 3,5 procent.

Även om det inte finns en specifik lag som direkt reglerar Trafikverkets analyser, används dessa enligt kraven i 2 kap. 7 § miljöbalken (1998:808) om rimlighetsavvägning mellan kostnad och nytta, samt i enlighet med det transportpolitiska målet. Det finns inga fasta tröskelvärden för kostnadseffektivitet, och folkhälsoeffekter ingår inte i NNK-värdena (nettonuvärdeskvot).

Trafikverket använder både primär- och sekundäranalyser och samverkar med andra myndigheter och universitet, såsom SMHI, Naturvårdsverket och Umeå universitet. Resultat från analyser kommuniceras främst i myndighetsrapporter.

²⁷ Förordning 2010:185 1 §.

²⁸ Trafikverket 2024 s. 3.

7.1.11 Trafikanalys

Trafikanalys är en statlig myndighet med uppdrag att analysera, utvärdera och redovisa effekter av genomförda och föreslagna åtgärder inom transportområdet med utgångspunkt i de transportpolitiska målen. Myndigheten ansvarar även för officiell statistik inom transportområdet och fungerar som ett kunskapsstöd till regeringen genom underlag och rekommendationer.²⁹

Trafikanalys verkar inom utgiftsområde 22 i statsbudgeten, det vill säga Kommunikationer, vilket omfattar hela transportsektorn, inklusive statlig infrastruktur och myndigheter som Trafikverket och Transportstyrelsen. Analyserna och utvärderingarna täcker ett brett fält av sakområden, såsom transportsystemets effektivitet, miljö- och klimatpåverkan, regional utveckling, kollektivtrafik, godstransporter samt effekter av nya mobilitetsformer.

Trafikanalys har vidare i uppdrag att ansvara för analyser av transportsektorns samhällsekonomiska kostnader i relation till skatte- och avgiftsuttag inom olika delar av den svenska och europeiska transportsektorn. Myndigheten ska också kontinuerligt följa Trafikverkets arbete med att utveckla modeller för samhällsekonomiska analyser och följa den internationella modellutvecklingen på området.

Hälsoaspekter kan inkluderas i analyser av trafiksäkerhet, fysisk aktivitet, buller och luftkvalitet, och då värderas med hjälp av hälsoekonomiska mått som DALY och värdet av ett statistiskt liv. I myndighetens analyser anpassas tidshorisonten efter syftet med varje analys. Både direkta och indirekta kostnader inkluderas i kalkylerna, och en diskonteringsränta på 3,5 procent används i enlighet med praxis på transportområdet.

Trafikanalys genomför inte regelbundet analyser av direkta hälsoeffekter. Hälsoaspekter ingår dock indirekt som ett underliggande syfte i Trafikanalys årliga uppföljning av de transportpolitiska målen med indikatorerna för påverkan på människors livsmiljö och fysiskt aktiva transporter. Trafikanalys statistik om resvanor är också ett viktigt underlag för analyser av transporternas påverkan på hälsoområdet.

²⁹ 1 § förordning (2010:186) med instruktion för Trafikanalys. Regeringen föreslår i budgetpropositionen 2025 att en ny samlad myndighet för tillväxt och infrastruktur ska bildas av Tillväxtanalys och Trafikanalys. Bildandet ska ske genom att Trafikanalys nuvarande verksamhet överförs till Tillväxtanalys.

Myndigheten genomför både primäranalyser (exempelvis baserat på registerdata, urvalsundersökningar och genom modellering) och sekundäranalyser (till exempel metaanalyser och granskningar av andras studier). Trafikanalys samverkar regelbundet med andra myndigheter såsom Trafikverket, Naturvårdsverket, Energimyndigheten, Transportstyrelsen och VTI, samt anlitar konsulter och forskare vid behov. Resultaten kommuniceras främst genom myndighetsrapporter, PM, artiklar på hemsidan och statistikpublikationer, men också via konferenser och seminarier.

7.2 Internationell utblick – exempel från Norge

Folkhälsoarbetet är väl förankrat i den norska offentliga förvaltningen, där ansvaret och ansvarsfördelningen regleras i lag.

I Norge finns ett sektorsövergripande ramverk för samhälls-ekonomiska analyser av offentliga insatser baserat på bland annat NOU 2012:16 *Samfunnsøkonomiske analyser*. Ramverket ger vägledning om hur samhällsekonomiska analyser ska användas som underlag inför investeringsbeslut i offentlig sektor. Därtill finns riktlinjer för hälsoekonomiska utvärderingar av insatser inom hälso- och sjukvården samt särskilda riktlinjer för att belysa hälsoeffekter av åtgärder i andra samhällssektorer än sjukvårdssektorn. Slutligen finns även föreskrifter som reglerar hur prioriteringar ska göras inom hälso- och sjukvården, omsorgen samt för folkhälsoinsatser.

I detta avsnitt ges en översiktlig beskrivning av det norska hälsoekonomiska ramverket för folkhälsoområdet.

7.2.1 Den norska folkhälsolagen

I Norge finns en särskild folkhälsolag, *Folkehelselova*³⁰, i vilken det offentliga folkhälsoarbetet regleras. Denna lag förbinder både statliga myndigheter, regioner (fylkekommuner) och kommuner att främja folkhälsan, förebygga sjukdom och minska de sociala klyftorna i samhället. Lagen syftar till att förbättra samordningen mellan samtliga förvaltningsnivåer i det norska samhället, tydliggöra ansvarsförhållanden och att folkhälsoarbetet ska verka tvärsektoriellt.

³⁰ Regjeringen Norge 2025.

En utgångspunkt är de fem principer³¹ som lyfts i lagens förarbeten (prop. 90 L 2010–2011):

- Hälsa som en del av allt vi gör ("health in all policies").
- Motverka sociala klyftor.
- Hållbarhet – att folkhälsoarbetet ska vara hållbart.
- Försiktighetsprincipen – handlar om att arbeta förebyggande även i de fall när det saknas vetenskaplig evidens. Det handlar om hur samhället bör hantera osäkerhet i riskbedömningar. Avsaknad av evidens får inte användas som ett skäl att vänta med åtgärder när det finns risk för allvarliga skador för människor och miljö.
- Delaktighet – medborgarna behöver aktivt delta i folkhälsoarbetet. Genom att involvera befolkningen stärks både arbetets legitimitet och förutsättningarna för att uppnå goda och långsiktiga resultat.

Av förarbetet framgår att Helsedirektoratet, motsvarande Socialstyrelsen i Sverige, ska säkerställa att samhällsekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser genomförs systematiskt. Helsedirektoratet ligger under den norska motsvarigheten till Socialdepartementet och har ansvar för både folkhälsa, hälso- och sjukvård, omsorg och beredskap. Myndigheten ansvarar bland annat för att utfärda nationella riktlinjer. Helsedirektoratet har även utvecklat en övergripande strategi för kunskapsbaserat folkhälsoarbete.³²

Strategin handlar om att effektivisera folkhälsoarbetet, stärka kunskapsutvecklingen inom folkhälsoområdet samt samordna arbetet och arbetsfördelningen mellan olika aktörer. Den syftar också till att tillgängliggöra och sprida kunskap om folkhälsa och folkhälsoinsatser på nationell, regional, kommunal och lokal nivå.

Helsedirektoratet har i uppdrag att ge råd och vägledning om strategier och åtgärder i folkhälsoarbetet. Detta innebär bland annat att följa utvecklingen av faktorer som påverkar folkhälsan samt utvecklingen inom folkhälsoområdet samt hälso- och sjukvården.

I Norge finns även Folkehelseinstituttet (FHI), som fungerar som ett nationellt kunskaps- och forskningsinstitut. FHI bistår bland

³¹ Regjeringen Norge 2011.

³² Helsedirektoratet 2025.

annat Helsedirektoratet och andra aktörer med analyser och kunskapsunderlag om hälsans risk- och skyddsfaktorer, samt har ett särskilt ansvar för smittskydd, beredskap och nationella vaccinationsprogram och förvaltar centrala hälsodataregister.

Nästa år träder förändringar i Folkehelselova i kraft med ändringar kring bland annat beredskapsfrågor.³³

7.2.2 I Norge finns ett tvärsektoriellt ramverk för samhällsekonomiska analyser

NOU 2012:16

I Norge finns ett ramverk för samhällsekonomiska analyser som bland annat bygger på NOU 2012:16 *Samfunnsøkonomiske analyser*.³⁴ I utredningen fick ett expertutskott i uppdrag att analysera frågor om hur betalningsvilja för investeringar kan bedömas, hur kalkylräntor bör fastställas vid långsiktiga projekt och vilka metoder som kan användas. Vidare behandlades hur osäkerhet i beräkningarna ska hanteras, vilka effekter som bör inkluderas i analyserna, hur liv och hälsa kan värderas i kostnadsnyttoanalyser, samt hur etiska och fördelningsmässiga aspekter bör beaktas.

Finansdepartementets rundskriv R-109

Det norska Finansdepartementet ger ut vägledande sektorsövergripande riktlinjer och dokument kring principer och krav vid utförandet av samhällsekonomiska analyser (*Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser*).³⁵ Dessa riktlinjer och styrdokument baseras på NOU 2012:16.

År 2021 utfärdade Finansdepartementet uppdaterade riktlinjer om principer och krav vid samhällsekonomiska analyser (R-109/2014).³⁶ Dessa riktlinjer är sektorsövergripande och innehåller principer och krav kring bland annat hälsa och liv. I finansdepartementets riktlinjer för samhällsekonomiska analyser av liv och hälsa betonas att valet av hälsoutfall ska anpassas till insatsens karaktär. Riktlinjerna anger

³³ Regjeringen Norge 2025.

³⁴ NOU 2012:16.

³⁵ Finansdepartementet, Norge 2014.

³⁶ Finansdepartementet, Norge 2021.

även ett värde på ett statistiskt liv som motsvarar cirka 30 miljoner kronor i 2012 års priser (vilket ska justeras i takt med utvecklingen av BNP per capita).³⁷ Detta värde förordas användas i analyser inom alla sektorer. För analyser som rör barns liv, hälsa och trygghet kan en kompletterande analys göras där värdet för ett statistiskt liv fördubblas.³⁸

Riktlinjerna föreskriver att hälsomått som statistiska liv, statistiska levnadsår eller kvalitetsjusterade levnadsår kan användas även utan att monetärt värderas, till exempel i kostnadseffektivitetsanalyser.³⁹

Utredningsinstruksen

Den norska utredningsinstruksen är ett nationellt, regeringsbeslutat regelverk för hur nya lagar, reformer och större offentliga åtgärder ska förberedas och utvärderas.⁴⁰ Utredningsinstruksen är framtagen av den norska motsvarigheten till Ekonomistyrningsverket (ESV), Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ). Finansdepartementet har det övergripande ansvaret för utredningsinstruksen, men har delegerat det operativa förvaltnings- och uppföljningsansvaret till DFØ.

Syftet är att främja transparenta beslutsunderlag och konsekvensanalyser och därmed effektiviteten i den offentliga förvaltningen. Instruksen innehåller anvisningar för hur bland annat beslutsproblem, målsättning, möjliga alternativ och konsekvenser ska redovisas på ett enhetligt och konsekvent sätt. Åtgärder av större betydelse kräver att samhällsekonomiska analyser genomförs i enlighet med Finansdepartementets riktlinjer.

Vägledning för samhällsekonomiska analyser

I Norge finns en manual, *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*⁴¹, framtagen av DFØ för praktisk tillämpning av samhällsekonomiska analyser. Manualen bygger på NOU 2012:16 samt finansdepartementets rundskriv R-109 och fungerar som ett komplement till utred-

³⁷ Finansdepartementet, Norge 2014 s. 4.

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Finansdepartementet, Norge 2024.

⁴¹ DFØ 2023.

ningsinstruksen. Den är sektorsövergripande och kan användas för alla typer av större offentliga insatser. Manualen ger ett utförligt metodstöd för vilka metoder som bör användas under olika förutsättningar och ger vägledning i hur problemformuleringar och alternativ bör beskrivas och redovisas. Den innehåller även konkreta exempel på tillvägagångssätt samt information om vanliga svagheter och fallgropar.⁴² Utöver denna manual finns även sektorspecifika och tematiska vägledande dokument om ekonomiska analyser på folkhälsoområdet och sjukvårds- och omsorgsområdet (vilka beskrivs i avsnitten här nedan).

7.2.3 Vägledande dokument och riktlinjer kring ekonomiska analyser på hälsoområdet

Temavägledning för hantering av hälso- och livskvalitetseffekter i samhällsekonomiska analyser av insatser utanför vårdsektorn

Helsedirektoratet har gett ut ett tillägg, *Virkninger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser – temaveileder til utredningsinstruksen*, till det norska regelverket för konsekvensutredning om hur effekter på hälsa och livskvalitet kan inkluderas i samhällsekonomiska analyser av åtgärder i andra samhällssektorer än hälsosektorn. Direktoratet utgår också från rapporter med samhällsekonomiska bedömningar och analyser av folkhälsoinsatser.

I denna vägledning redogörs för hur liv och hälsa kan inkluderas i samhällsekonomiska analyser som underlag för beslut om insatser inom andra sektorer än hälso- och sjukvården. Exempel på sådana insatser är utbyggnad av gång- och cykelvägar eller satsningar på gratis frukt till barn i grundskolan. Vägledningen beskriver hur dessa hälsoeffekter kan integreras i utredningar.

Riktlinjer för hantering av hälso- och livskvalitetseffekter i samhällsekonomiska analyser av insatser inom vårdsektorn

Norges motsvarighet till TLV, Direktoratet for medisinske produkter (DMP), genomför hälsoekonomiska utvärderingar av läkemedel, medicintekniska produkter och diagnostiska insatser in hälso- och

⁴² DFØ 2023.

sjukvården. DMP ger även ut riktlinjer över metoder för hälsoekonomiska utvärderingar. Dessa riktlinjer är utarbetade som uppföljning av regeringens skrivelser (*stortingsmelding*) om prioriteringar inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.⁴³ År 2024 tillsattes en utredning om prioriteringar inom folkhälsoområdet, vilket beskrivs mer ingående nedan.

7.2.4 Prioriteringsprinciper för folkhälsoinsatser

Mot bakgrund av Meld St 15 (2022–2023), *Folkehelsemeldinga – nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*, tillsattes en utredning om en prioritering av folkhälsoinsatser (*Uvalg om prioritering av folkehelseiltak*) år 2024.⁴⁴ Utredningen har i uppdrag att klargöra vilka principer som bör ligga till grund vid bedömning och prioritering av folkhälsoinsatser. Den ska också definiera vilket kunskapsunderlag som kan anses vara tillräckligt gediget för beslut samt föreslå åtgärder som stärker både kunskapsutvecklingen och användningen av befintlig kunskap. Dessutom har utredningen fått i uppdrag att analysera nuvarande beslutsprocesser och hinder för samordning, samt lägga fram förslag på åtgärder som gör det möjligt att prioritera folkhälsoinsatser på ett mer enhetligt sätt oavsett sektor.

Den norska utredningen föreslår att en särskild värdegrund för folkhälsoinsatser inrättas. I NOU:n jämförs hur prioriteringar inom folkhälsoområdet görs med prioriteringsprinciperna i hälso- och sjukvården. Till skillnad från vården, som i huvudsak styrs av fasta budgetramar och individens behov av vård, är folkhälsoarbetet i högre grad beroende av politiska beslut och omfattar ett brett spektrum av styrmedel över flera sektorer.

Folkhälsoarbetet riktas i regel till hela befolkningen, där även små förbättringar för den enskilde kan ge stor samhällsnytta. Detta kräver andra typer av prioriteringar och verktyg än de som används inom hälso- och sjukvården. NOU:n konstaterar att folkhälsoinsatser bör främja hälsa, förebygga sjukdom, minska sociala skillnader i hälsa och rikta sig till hela befolkningen eller särskilda grupper, utan att utesluta riktade insatser mot riskgrupper eller samverka med vården.

⁴³ Regjeringen Norge 2016 & Regjeringen Norge 2021.

⁴⁴ Regjeringen Norge 2024.

Vidare konstaterar den norska utredningen att det finns en stor förväntansbild på att förebyggande och hälsofrämjande arbete ska minska belastningen på vården, men betonar att folkhälsoarbetets huvudsyfte är att förbättra hälsan för individer och befolkningen som helhet. Förebyggande insatser bör motiveras utifrån sin hälsomässiga nytta, inte i första hand som ett medel för att avlasta vårdsystemet. Slutligen betonar NOU:n att norsk folkhälsopolitik bygger på välfärdsstatens värdegrund och principen om lika möjligheter för alla genom universell välfärd såsom utbildning och hälso- och sjukvård.

8 Vilka data behövs för att genomföra och utveckla hälsoekonomiska analyser?

Internationellt sett har Sverige god tillgång till data inom flera områden. Inom folkhälsoområdet finns det både hälsodataregister, kvalitetsregister, register över inkomster och utbildning samt omfattande urvalsundersökningar. Samtidigt uttrycker bland annat regeringen att det finns behov av att stärka datatillgången, särskilt på hälsodataområdet. Detta dels för att förbättra möjligheten till uppföljning och utveckling av offentlig verksamhet, dels för att främja forskning och innovation.¹ Behovet av utökade uppgifter, bland annat i hälsodataregister, är särskilt viktigt för att stärka arbetet med folkhälsan och för att nå en god och jämlik hälsa i hela befolkningen.²

I detta kapitel redogör utredningen för befintliga data samt vilka typer av data som utredningen anser är nödvändiga för att genomföra olika typer av ekonomiska analyser och effektutvärderingar på folkhälsoområdet. Syftet är inte att ge en heltäckande beskrivning över hela området, utan att översiktligt belysa de mest centrala datakällorna för att möjliggöra ekonomiska analyser och effektutvärderingar inom folkhälsoområdet. Fokus ligger dels på datakällor som ingår i Sveriges officiella statistik, dels på andra omfattande register och databaser med särskild relevans för hälsoarbetet.

¹ Dir. 2024:41 s. 2.

² SOU 2024:57 s. 106–108.

8.1.1 Olika typer av data och datakällor för analyser inom folkhälsoområdet

Det ställs höga krav på tillgång till data för att kunna genomföra ekonomiska analyser och effektutvärderingar på folkhälsoområdet. Det finns olika typer av data som är centrala för dessa analyser och utvärderingar, exempelvis uppgifter om förekomst av olika hälso- och sjukdomstillstånd, vårdkonsumtion, kostnader för insatser, produktivitet på arbetsmarknaden och nyttjande av de sociala trygghetsystemen.

Ekonomiska analyser och effektutvärderingar baseras ofta på mikrodata. Mikrodata avser uppgifter som rör enskilda objekt som individer, sjukhus eller skolor. Mikrodata förekommer både i administrativa register och databaser baserade på enkätundersökningar. Mikrodata över individer kallas ofta för individbaserade data och hanteras i flera olika myndighetsregister och databaser. Det finns även aggregerade data, vilket innebär att uppgifterna avser en grupp i stället för enskilda individer, till exempel i form av medelvärden eller medianer.

I Sverige finns många datakällor bestående av individbaserade register. Personnumret, som individer erhåller vid födseln eller vid beslut om medborgarskap, möjliggör att uppgifter kan kopplas till individer och att uppgifter från olika register kan länkas samman. Det innebär även att kunskap om familjeband kan användas inom forskningen.³

Uppgifter om enskilda individers personliga eller ekonomiska förhållanden omfattas som huvudregel av sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL) i sådan särskild verksamhet hos en myndighet som avser framställning av statistik. Undantag från OSL kan bland annat göras för forsknings- eller statistikändamål.⁴ I syfte att värna individers integritet finns i allra flesta fall strikta krav på att anonymisera eller aggregera personuppgifter för att enskilda individers identitet inte ska kunna utläsas.

I Sverige finns datakällor hos både statliga myndigheter, universitet samt regioner och kommuner.⁵ Statliga myndigheter tillhandahåller datakällor i syfte att informera allmänheten, möjliggöra uppföljning och utvärdering av offentlig verksamhet samt för forskningsändamål.

³ SCB 2025a s. 72.

⁴ 24 kap. 8 § tredje stycket OSL.

⁵ Vetenskapsrådet 2025a.

En del av denna data tillhör Sveriges officiella statistik. Den officiella statistiken ska vara allmänt tillgänglig och regleras genom lag (2001:99) om den officiella statistiken och förordning (2001:100) om den officiella statistiken.

Det är regeringen som beslutar om vilka data som ska vara en del av den officiella statistiken. I Sverige finns 29 statistikansvariga myndigheter. Statistiska centralbyrån (SCB) har i uppdrag att samordna systemet för den officiella statistiken. Den officiella statistiken delas upp i 22 ämnesområden och 103 statistikområden.⁶ Dessa ämnesområden presenteras i tabell 1.1, varav folkhälsa utgör ett ämnesområde.

År 2021 blev Folkhälsomyndigheten statistikansvarig myndighet inom ämnesområdet folkhälsa. Folkhälsomyndigheten ansvarar för statistikområdena folkhälsans utveckling och smittskydd.

Tabell 8.1 Ämnesområden i Sveriges officiella statistik

Ämnesområden i Sveriges officiella statistik	
1	Arbetsmarknad
2	Befolkning och levnadsförhållanden
3	Boende, bebyggelse och mark
4	Demokrati
5	Energi
6	Finansmarknad
7	Folkhälsa
8	Forskning och det digitala samhället
9	Hälsa- och sjukvård
10	Hushållens ekonomi
11	Jordbruk, skogsbruk och fiske
12	Kultur, bibliotek och fritid
13	Miljö
14	Nationalräkenskaper
15	Näringsverksamhet och utrikeshandel
16	Offentlig ekonomi
17	Priser och ekonomiska tendenser
18	Rättsväsende
19	Socialförsäkring
20	Socialtjänst
21	Transporter och kommunikationer
22	Utbildning samt forskning inom högskolan

⁶ SCB 2025b.

Folkhälsoområdet är tvärsektoriellt och spänner över en rad olika ämnesområden. I Sverige finns omfattande och högkvalitativa data över många ämnesområden med bäring på folkhälsan, inte minst genom de hälsodataregister som beskrivs mer ingående i avsnitt 8.1.3. För att synliggöra detta har utredningen grupperat ämnesområdena inom den officiella statistiken utifrån folkhälsopolitikens målområden i figur 8.1.

Figur 8.1 Ämnesområden uppdelat på folkhälsopolitikens åtta målområden



Utöver den officiella statistiken finns det många andra datakällor som används för ekonomiska analyser och effektutvärderingar som exempelvis forskningsgenererade data. Dessa datakällor kan till exempel bestå av information som myndigheter eller forskare själva samlat in eller sammanställt för forskningsändamål (vilka beskrivs i bland annat avsnitt 8.1.7).

Andra relevanta statistikkällor förvaltas av regioner och kommuner. Både regioner och kommuner samlar in uppgifter och sammanställer statistik gällande olika delar av sin verksamhet.

8.1.2 Förordningen om europeiskt dataområde EHDS och utvecklandet av en nationell digital infrastruktur skapar goda förutsättningar för analyser på folkhälsoområdet

Inom hälso- och sjukvårdsområdet pågår flera initiativ som syftar till att förbättra datatillgången och utveckla den digitala infrastruktur som krävs för att möjliggöra säker lagring, delning och användning av data. Förordningen om Europeiskt dataområde (European Health Data Space, EHDS)⁷ är det mest omfattande initiativet på dataområdet och utgör ett rättsligt och tekniskt ramverk för att möjliggöra både primär- och sekundäranvändning och utbyte av hälsodata inom EU.

Primäranvändning handlar om datadelning mellan individen och hälso- och sjukvården samt mellan vårdgivare medan sekundäranvändning handlar om att använda data i syften såsom forskning, innovation, uppföljning av hälso- och sjukvården samt politiska beslut. EHDS syftar till att skapa både ett rättsligt och tekniskt ramverk för användning och utbyte av data inom EU. Ett uttalat syfte med EHDS är att ge individer större kontroll och inflytande över sina egna hälsouppgifter.

EHDS väntas innebära ett paradigmskifte avseende insamling, lagring, delning och analys av data på hälsoområdet eftersom det kommer att kräva nationell sammanhållet system för hantering av hälsodata. EHDS väntas också innebära en mer kostnadseffektiv och enklare tillgång till hälsodata för uppföljning av folkhälsan.

I mars 2025 trädde förordningsförslaget för EHDS i kraft och förordningen väntas implementeras stegvis fram till 2034. EHDS

⁷ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2025/327 av den 11 februari 2025 om det europeiska hälsodataområdet och om ändring av direktiv 2011/24/EU och förordning (EU) 2024/2847.

innebär omfattande förändringar av nuvarande system och väntas öka möjligheterna till att utbyta, använda och återanvända hälsodata nationellt och inom EU. EHDS kommer komplettera befintliga lagar och förordningar relaterade till hälsodataregister.⁸

Under maj 2025 beslutade regeringen om nya uppdrag till flera myndigheter i syfte att stärka den nationella digitala infrastrukturen för hälso- och sjukvården som ett led i genomförandet av EHDS. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att påbörja förberedelser för att ta rollen som nationellt organ för tillgång till hälsodata. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har fått i uppdrag att förbereda inför att bli tillsynsmyndighet med ansvar för att övervaka och kontrollera regelefterlevnad enligt EHDS. SCB ska utreda förutsättningarna för att tillhandahålla säkra behandlingsmiljöer enligt förordningen. Slutligen har E-hälsomyndigheten fått i uppdrag att stödja vårdgivare och systemleverantörer i arbetet med att ansluta sig till den nationella digitala infrastrukturen för hälso- och sjukvården.

Det finns också flera pågående uppdrag relaterade till införandet av en nationell digital infrastruktur. En sådan infrastruktur avser i sammanhanget tekniska och organisatoriska förutsättningar för att stötta informationsutbyte såväl inom som mellan olika verksamheter samt sektorer.⁹ Exempelvis har E-hälsomyndigheten tilldelats både resurser och ansvar för utvecklingen av infrastruktur inom ramen för hälso-sjukvårdsdata.¹⁰ Regeringen har även tillsatt en så kallad bokstavsutredning om nationell digital infrastruktur för hälsodata.¹¹ Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 januari 2026.

8.1.3 Hälsodataregister

Ett hälsodataregister kan definieras som *ett centralt personregister hos en statlig förvaltningsmyndighet och att registren tillförs uppgifter från vården. Att ett hälsodataregister är centralt betyder att det hålls på central nivå, dvs. av en statlig förvaltningsmyndighet vars verksamhetsområde är rikstäckande*.¹² Hälsodataregister avser alltså rikstäckande och individbaserade register med uppgifter från hälso- och sjukvår-

⁸ Utredningen om hälsodataregister bedömer att det regelverk som följer EHDS kan bidra till en mer effektiv behandling av personuppgifter i hälsodataregister. SOU 2024:57 s. 136.

⁹ Dir. 2023:177.

¹⁰ Prop. 2023/24:1 utgiftsområde 9 avsnitt 3.5 s. 45. Se även dir. 2023:177.

¹¹ Dir. 2023:177.

¹² SOU 2024:57 s. 104.

den. Det finns även nationella kvalitetsregister vilket inte omfattas av hälsodatalagen, se avsnitt 8.1.4.

Det finns ett antal hälsodataregister i Sverige, vilka främst förvaltas av Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Socialstyrelsens hälsodataregister innefattar *patientregistret*, *medicinska födelseregistret*, *cancerregistret*, *läkemedelsregistret*, *registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården* och *tandhälsoregistret*, och regleras genom lagen (1998:543) om hälsodataregister samt ett antal förordningar och föreskrifter. Folkhälsomyndighetens hälsodataregister innefattar *nationella vaccinationsregistret*.

Eftersom hälsodataregistren är baserade på personnummer kan de länkas samman, vilket ger möjlighet att följa individers hälso-utveckling och användning av hälso- och sjukvård över tid.

Hälsodataregister fyller flera viktiga funktioner i samhället eftersom de används för statistikframställning för allmän information, utveckling av hälso- och sjukvården, i forskningssyfte och för att följa och stärka folkhälsan.¹³ Hälsodataregister har ett brett användningsområde och utgör några av de allra viktigaste datakällorna för ekonomiska analyser och effektutvärderingar på folkhälsoområdet. Dessa data är nödvändiga för att följa hälsan i befolkningen och studera effekter och kostnadseffektivitet av olika vårdåtgärder och insatser. I avsnittet som följer redogör utredningen kortfattat för befintliga hälsodataregister.

I Utredningen om hälsodataregisters betänkande *Ett nytt regelverk för hälsodataregister* (SOU 2024:57) finns förslag gällande utökade uppgifter till hälsodataregistren. Dessa förslag diskuteras vidare i avsnitt 9.3.

Patientregistret

Patientregistret (PAR) är Sveriges mest omfattande hälsodataregister.¹⁴ PAR är ett individbaserat register som regleras i lag (1998:543) om hälsodataregister och förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen. Registret innehåller information om bland annat diagnoser, behandlingar och vårdtid.

¹³ Ibid s. 106.

¹⁴ SOU 2024:57 s. 74.

PAR är ett rikstäckande register som förvaltas av Socialstyrelsen med uppgifter från slutenvården sedan 1987.¹⁵ Från och med 2001 innehåller PAR information om läkarbesök inom den specialiserade öppenvården.¹⁶ Registret innehåller uppgifter över specialistvården oavsett om den sker i offentlig och privat regi.

Sedan 2010 innehåller PAR även diagnoser och utförda åtgärder för patienter som vårdats i psykiatrisk tvångsvård. Registret innehåller även uppgifter om akutmottagningarnas väntetider sedan 2015. Sedan 2024 innehåller Patientregistret, avseende den psykiatriska vården, även uppgifter om vårdkontakter med andra professioner än läkare.

PAR innehåller standardiserade och enhetliga uppgifter om både huvud- och bidiagnoser och även åtgärds-koder. Diagnoser definieras i enlighet med den internationella klassifikationen International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)¹⁷. Åtgärder kodas med så kallade åtgärds-koder enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

Utöver detaljerade uppgifter om vårdtid, diagnoser, behandlingar och insatser innehåller PAR viss information om levnadsvanor och levnadsvillkor. Exempelvis finns det specifika ICD-koder för att beskriva livsstilsrelaterade faktorer¹⁸, som tobaksbruk, alkoholbruk, drogbruk, brist på fysisk aktivitet, matvanor och spel om pengar.

PAR är ett omfattande hälsodataregister som möjliggör en rad olika analyser av folkhälsan, som exempelvis uppföljning av sjukhusvård och viss specialistvård inom öppenvården för olika befolkningsgrupper. PAR ger däremot ingen heltäckande bild av hälso- och sjukvården i Sverige eftersom uppgifter från bland annat primärvården saknas, liksom information om vårdkontakter med andra yrkesgrupper än läkare inom den somatiska specialistvården. Det innebär att vårdinsatser inom exempelvis primärvården, inklusive barn- och mödrahälsovård och elev- eller studenthälsa, inte omfattas. Eftersom mycket av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet sker inom primärvården saknas därmed viktiga uppgifter för att kunna följa upp och utvärdera folkhälsoinsatser. Detta diskuteras vidare i kapitel 9.

¹⁵ Patientregistret innehåller uppgifter från slutenvården sedan 1964, dock inte rikstäckande.

¹⁶ Socialstyrelsen 2025a.

¹⁷ Som bestäms av Världshälsoorganisationen (WHO).

¹⁸ Kapitel Z *Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården*. Specifikt Z72.

Cancerregistret

Cancerregistret är ett rikstäckande individbaserat register över cancerförekomst och canceröverlevnad. Registret innehåller alla nyupptäckta cancertumörer och har funnits sedan 1958. Cancerregistret regleras i lag (1998:543) om hälsodataregister och i förordning (2001:709) om cancerregister hos Socialstyrelsen.

I Cancerregistret finns detaljerade uppgifter om bland annat diagnos samt tumörutbredning vid diagnostillfället, samt bakgrundsinformation som kön, bostadsort, datum vid diagnos och klinik/sjukhus-koder.¹⁹

Medicinska födelseregistret

Medicinska födelseregistret (MFR) startade 1973 och innehåller rikstäckande individbaserade uppgifter om graviditet, förlossning och eftervård. MFR omfattar alla graviditeter och förlossningar (både levandefödda och dödfödda) från och med graviditetsvecka 22.²⁰ MFR regleras i lag (1998:543) om hälsodataregister och i förordning (2001:708) om medicinskt födelseregister hos Socialstyrelsen.

Omfattande data från mödrahälsovården, förlossningsvården och den postnatala vården samlas in i MFR, som innehåller information om både mor och barn. I registret finns bland annat information om ålder, antal tidigare graviditeter, kroppsmått (längd och vikt) och sjukdomshistorik. Det innehåller även uppgifter om medicinska tillstånd och komplikationer under graviditet, förlossning och postpartumperioden. Exempelvis finns detaljerad information om förlossningssätt, smärtlindring och eftervård. MFR innehåller även viss information om levnadsvanor som exempelvis tobaksrökning.

Läkemedelsregistret

Läkemedelsregistret (LMED) är ett rikstäckande individbaserat register som har funnits sedan 2005. Registret regleras i lag (1998:543) om hälsodataregister och i förordning (2005:363) om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen. LMED baseras på uppgifter från E-hälso-

¹⁹ Socialstyrelsen 2023.

²⁰ Fram till 2008 registrerades dödfödda endast från graviditetsvecka 28, men från 2008 inkluderas även dödfödda från graviditetsvecka 22.

myndigheten som förvaltar den nationella läkemedelslistan (NLL) enligt lag (2018:1212) om nationell läkemedelslista.

I LMED finns information om alla receptbelagda läkemedel som hämtas ut från apoteken samt förmånsberättigade förbrukningsartiklar. LMED innehåller uppgifter som bland annat omfattar kostnader, mängd och information om läkemedlet enligt ATC-kod samt yrke på individen som förskrivit läkemedlet och inom vilket verksamhetsområde som förskrivningen skett inom.

Uppgifter som i dagsläget saknas i LMED berör rekvisitionsläkemedel, vilket är läkemedel som administreras inom vården.²¹ Det finns ett pågående regeringsuppdrag som syftar till att Socialstyrelsen ska förbereda inför utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården inklusive rekvisitionsläkemedel.²²

Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården

I registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården finns individbaserade data över personer som fått insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Data avser främst insatser inom hemtjänsten samt socialtjänsten. Detta register regleras i lag (1998:543) om hälsodataregister och förordning (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Registret startade 2007 och sedan 2019 finns även information om åtgärder vidtagna av legitimerad personal (som klassificeras enligt KVÅ-koder) enligt Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF FS 2017:67).

Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården innehåller inga uppgifter om anledningen till insatser och omfattar heller inte uppgifter om insatser som patienten får av läkare (eftersom de faller inom regionens hälso- och sjukvård).

Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården har ett visst bortfall eftersom det inte täcker uppgifter om insatser som sker av privata vårdgivare inom kommunerna.²³

²¹ SOU 2024:57 s. 84 f.

²² Regeringsbeslut S2025/00940.

²³ SOU 2024:57 s. 88 f.

Tandhälsoregistret

Tandhälsoregistret är ett individbaserat register med uppgifter om tandvård inom det statliga tandvårdsstödet, samt tandvård för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Registret innehåller också uppgifter om nödvändig tandvård och omfattar uppgifter om tandvård inom ramen för de två regionfinansierade tandvårdsstöden.

Tandhälsoregistret regleras i lag (1998:543) om hälsodataregister och förordning (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen.

Registret infördes i samband med 2008 års statliga tandvårdsreform. Mellan 2008 och 2016 ingick vårdtillfällen för individer från året de fyllde 20. Från och med 2019 omfattade registret data över vårdtillfällen för individer från året de fyllde 24, men från 1 januari 2025 omfattas igen individer från året de fyller 20 år. Möjligheten att följa upp unga vuxnas tandhälsa har därmed varierat över tid.²⁴

Tandhälsoregistret innehåller inga uppgifter om tandvårdstillfällen för barn och unga (den avgiftsfria tandhälsövården), käkkirurgiska insatser eller tandvård kopplad till behandling av kortvariga sjukdomstillstånd. Registret innehåller inte heller information om tandvård för asylsökande.

Nationella vaccinationsregistret

Nationella vaccinationsregistret (NVR) är ett individbaserat riktäckande register över alla vaccinationer som ingår i de nationella vaccinationsprogrammen och vaccinationer mot covid-19. NVR förvaltas av Folkhälsomyndigheten och regleras i lag (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram m.m.

NVR används i första hand för att följa upp vaccintäckningen (vaccinationsgrad) inom de nationella vaccinationsprogrammen, men även för att bland annat undersöka vacciners skyddseffekt och biverkningar. NVR används också för att undersöka vaccinationsgrad och sjukdomsförekomst hos olika grupper.

Uppgifter om andra vaccinationer andra än de inom de nationella vaccinationsprogrammen och vaccin mot covid-19 registreras inte i NVR eller något annat register på nationell nivå. I Vaccinationsprogramsutredningens betänkande *Ett samordnat vaccinationsarbete* –

²⁴ SOU 2024:57 s. 90.

för effektivare hantering av kommande vacciner (SOU 2024:2) finns förslag om att utöka vilka uppgifter som ska ingå i det nationella vaccinationsregistret till att även omfatta uppgifter om vaccinationer inom de regionala vaccinationsprogrammen.²⁵

8.1.4 Andra centrala nationella register över hälsa och sjukvård

Dödsorsaksregistret

Dödsorsaksregistret (DORS) är ett individbaserat register som förvaltas av Socialstyrelsen som innehåller uppgifter om alla som avlider i Sverige och dess dödsorsak sedan 1997. Historiska data över dödsorsaker finns tillgängliga för perioderna 1987–1996, 1969–1986, 1961–1968 och 1952–1957.²⁶ Uppgifter till DORS regleras av begravningslagen (1990:1144) och begravningsförordningen (1990:1147).

DORS innehåller uppgifter om dödsdatum, plats, primära och sekundära dödsorsaker, externa orsaker och skador samt uppgifter om födelseland och bostadsort. Sjukdomar, tillstånd och skador som förorsakat dödsfallet definieras enligt ICD-kodsystemet. I DORS finns även specifika variabler för att kunna följa bland annat alkoholrelaterade och narkotikarelaterade dödsfall.

Svenska värnpliktsregistret

Mellan 1969 och 2006 genomgick i princip samtliga värnpliktiga män, samt de kvinnor som ansökt om att genomföra militärtjänst, omfattande undersökningar av både fysisk och psykisk hälsa i samband med mönstring, vilket registrerades i värnpliktsregistret.²⁷ Undersökningarna omfattade bland annat kognitiva och icke-kognitiva förmågor, fysisk kondition och styrka, kroppsvikt, längd, blodtryck, hörsel, syn samt självrapporterad psykisk hälsa. Även levnadsvanor, såsom tobaksbruk, registrerades.²⁸

²⁵ SOU 2024:2 s. 39.

²⁶ Socialstyrelsen 2022a.

²⁷ Ludvigsson m.fl. 2022.

²⁸ Ibid.

I och med att värnplikten avskaffades 2006 minskade täckningsgraden i registret avsevärt. Trots att värnplikten återinfördes 2017 har täckningsgraden förblivit låg.²⁹

Uppgifter från värnpliktsregistret har under lång tid utgjort en värdefull källa inom forskningen. Ur ett folkhälsovetenskapligt perspektiv erbjuder registret unika möjligheter att studera den fysiska och psykiska hälsan hos breda befolkningsgrupper under en längre tidsperiod. Till skillnad från datainsamling genom självskattningsinstrument möjliggör registret objektiva uppgifter av vissa parametrar som rör hälsostatus som exempelvis längd och vikt.³⁰

Nationella kvalitetsregister

De nationella kvalitetsregistren innehåller individbaserade uppgifter som berör insatser inom hälso- och sjukvårdvården samt viss typ av omsorg. Det finns cirka 150 olika kvalitetsregister, som täcker ett brett spektrum av vård- och omsorgsområden, såsom barnfetma, diabetes, olika cancerformer, hjärt- och kärlsjukdomar, psykisk ohälsa och äldres hälsa.

Kvalitetsregistren syftar till att förbättra hälso- och sjukvården och används primärt för verksamhetsutveckling. Dessa register används även i forskningsändamål, främst i den kliniska forskningen i syfte att förbättra hälso- och sjukvårdens metoder. Personuppgifter i registren får behandlas enligt 7 kap. 4 och 5 §§ patientdatalagen (2008:355).

Eftersom det saknas författningsreglerad uppgiftsskyldighet till kvalitetsregistren varierar täckningsgraden mellan register och regioner. Dessutom kan patienter välja att avstå från att deras personuppgifter ska ingå i registren (7 kap. 2 § patientdatalagen).³¹

Det finns flera pågående uppdrag om att förbättra kvaliteten i de nationella kvalitetsregistren samt att förbättra den automatiska överförbarheten av data.³² Staten har stöttat arbetet med kvalitetsregistren ekonomiskt. Från och med 2025 har Socialstyrelsen till uppdrag att fördela dessa medel.³³

²⁹ Ludvigsson m.fl. 2022.

³⁰ Ibid.

³¹ Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård 2025.

³² Regeringsuppdrag S2025/00402.

³³ Regeringsuppdrag S2024/01875.

8.1.5 Nationella register över utbildning, arbetsmarknadsutfall, nyttjande av de sociala trygghetssystemen och skuldsättning

Sjukförsäkrings-, utbildnings- och arbetsmarknadsutfall

SCB utvecklar och förvaltar Longitudinell integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA). LISA upprättades för att möjliggöra analyser och utvärderingar inom ohälsområdet i linje med de förslag som gavs i Utredning om analys av hälsa i arbete (S 2002:01).

LISA är ett individbaserat och rikstäckande register med detaljerade uppgifter om inkomster från bland annat förvärvsarbete och förmåner såsom ekonomiskt bistånd, sjukpenning, föräldrapenning, arbetslöshetsersättning och utbildningsbidrag. Registret innehåller uppgifter från år 1990 och framåt. LISA omfattar uppgifter för individer 15 år och äldre och innehåller detaljerade och omfattande uppgifter från flertalet register från bland annat SCB och Försäkringskassan.

Utöver uppgifter över arbetsmarknad- och socialförsäkringsutfall, innehåller LISA även detaljerade uppgifter om bakgrundsfaktorer. Till exempel innehåller registret uppgifter om kön, ålder, migration, utbildningsnivå samt kopplingar till familjemedlemmar (via Flergenerationsregistret), företag och arbetsställe.

Förmåner inom socialförsäkringen

Försäkringskassan förvaltar data kring olika förmåner inom socialförsäkringen. Några av dessa data ingår i Försäkringskassans databas *Mikrodata för analys av socialförsäkringen* (MiDAS). MiDAS-databasen innehåller rikstäckande och individbaserade data över förmåner inom det svenska socialförsäkringssystemet, såsom sjukpenning, förebyggande sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk- och aktivitetsersättning samt föräldrapenning och (skattad) föräldraledighet. Databasen innehåller även detaljerad information om under vilka perioder individer har erhållit dessa förmåner, dvs episoder.

MiDAS innehåller uppgifter om utbetalningar, inklusive uppgifter om diagnoser vid sjukdomens början, vilket klassificeras enligt ICD-systemet. Det är dock viktigt att notera att varje sjukskrivnings-

period inleds med en sjuklöneperiod om 14 dagar (enligt 7 § lag (1991:1047) om sjuklön), när arbetsgivaren står för ersättningen. Endast sjukskrivningar som överstiger denna period registreras hos Försäkringskassan. Detta innebär att en stor andel kortvariga sjukskrivningar inte når Försäkringskassan och därför inte heller återfinns i MiDAS-databasen.

Försäkringskassan har även uppgifter över bland annat tillfällig föräldrapenning, assistansersättning, omvårdnadsstöd, tandvårdstöd och läkarintyg, graviditetspenning, stöd och ersättningar för arbetsmarknadspolitiska program, barnbidrag och underhållsstöd.³⁴

Datakällor om skuldsättning, skuldsanering, vräkningar och betalningsförelägganden

Kronofogdemyndigheten förvaltar individbaserade uppgifter om bland annat skuldsättning, skuldsanering, handräckning, vräkning, fordon med obetalda skulder, exekutiva åtgärder och näringsförbud. Databaserna innehåller uppgifter från flera olika myndigheter och omfattar såväl ekonomisk information som uppgifter om lagöverträdelse. Behandlingen av dessa uppgifter regleras genom 2 kap. lag (2001:184) om behandling av uppgifter i Kronofogdemyndighetens verksamhet.

8.1.6 Datakällor över socialtjänstinsatser

För socialtjänsten finns fem nationella register, som presenteras nedan, vilka förvaltas av Socialstyrelsen och som kan användas för att analysera utvecklingen inom socialtjänstens område. Uppgifter till de fem registren rapporteras in av kommunerna som är skyldiga att lämna uppgifter till Socialstyrelsen inom en rad olika områden.

En beskrivning av den nya lagen om socialtjänstdataregister finns i avsnitt 9.9.

³⁴ Försäkringskassan 2025a.

Registret över insatser till barn och unga

Registret över insatser till barn och unga är ett individbaserat nationellt register med uppgifter om heldygninsatser för barn och unga i åldern 0–20 år. Uppgifterna avser vårdinsatser utanför det egna hemmet enligt socialtjänstlagen (2025:400) (SoL), respektive lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Registret förvaltas av Socialstyrelsen och regleras enligt Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:3). Uppgifterna kommer från kommunernas administrativa system, vilket regleras i förordning (1981:1370) om skyldighet för socialnämnderna att lämna statistiska uppgifter, och sammanställs av Socialstyrelsen.

Registret omfattar bland annat individdata över form av heldygnsvårdsinsats, grund för insats och antal vård dagar, för öppenvårdsinsatser finns enbart data på aggregerad nivå. Registret över insatser till barn och unga har funnits sedan 1982. Sedan dess har flera ändringar i registret och instruktioner för uppgiftslämning till registret gjorts vilket resulterat i att det är svårt att göra jämförelser över tid.³⁵

Registret över tvångsvård enligt lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

Registret över tvångsvård enligt LVM innehåller rikstäckande individbaserade uppgifter över missbruksvården i Sverige. Registret startade 1994 och regleras genom förordning (1981:1370). Uppgifterna i detta register används för bland annat socialtjänstens förebyggande arbete samt i syfte att utvärdera insatser inom socialtjänsten. Uppgifterna används även för att följa utvecklingen över antalet personer som tvångsvårdats och skapa kunskap om typ av missbruk.³⁶

Registret över insatser enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Registret över insatser enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är ett individbaserat och rikstäckande register med uppgifter om personer som fått insatser enligt LSS.

³⁵ Socialstyrelsen 2021b s. 1 & 10.

³⁶ Socialstyrelsen 2021c.

Registret regleras i förordningen (2004:16) och av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:21). Registret har funnits sedan 1999 och fyller flera viktiga funktioner, bland annat som en del av underlaget i det nationella systemet för utjämning av LSS-kostnader mellan kommuner.³⁷

Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning

Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning består av individbaserade uppgifter avseende äldre och personer med funktionsnedsättning av fysisk, psykisk och/eller intellektuell karaktär som erhåller kommunal omsorg enligt SoL. Detta register regleras i förordningen (1981:1370) av Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:86).

Registret startade 2007 och uppgifterna används för Sveriges officiella statistik över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och omfattar uppgifter om exempelvis hemtjänstimmar, trygghetslarm, boendestöd och dagverksamhet.³⁸

Ekonomiskt bistånd

Registret över ekonomiskt bistånd är ett individbaserat och rikstäckande register som innehåller uppgifter om personer och hushåll som beviljats ekonomiskt bistånd med stöd i SoL. Registret innehåller bland annat uppgifter om typ av försörjningsstöd samt hindret till försörjning. Registret har funnits sedan 1985 och regleras genom förordningen (1981:1370) och genom Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2015:30).³⁹ I registret förekommer visst bortfall vilket bör beaktas vid jämförelser mellan olika kommuner samt över tid.⁴⁰

³⁷ Socialstyrelsen 2022b.

³⁸ Socialstyrelsen 2021d.

³⁹ Socialstyrelsen 2025c.

⁴⁰ Ibid.

8.1.7 Centrala urvalsundersökningar om hälsa, livsvillkor och levnadsvanor

Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor

Folkhälsomyndigheten genomför den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor (HLV)*. Undersökningen innehåller detaljerade frågor om hälsa, livsvillkor och levnadsvanor och har genomförts årligen 2004–2016 och vartannat år sedan 2016. En extra omgång genomfördes 2021 till följd av covid-19-pandemin. HLV innehåller frågor som berör följande områden⁴¹:

- fysisk hälsa, psykisk hälsa, välbefinnande
- funktionsförmåga, symtom och besvär
- fysisk aktivitet, matvanor, BMI (längd, vikt)
- alkohol-, tobaks-, narkotika- och spelvanor
- ekonomi, sysselsättning
- närmiljöns förutsättningar för hälsa
- trygghet, våld och kränkning
- sociala relationer, tillit
- sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

HLV ger viktig kunskap om hur hälsan i befolkningen och de samhälleliga förutsättningarna för hälsa förändras över tid. Uppgifterna från undersökningen möjliggör analys över hur samhället rör sig mot (eller från) det nationella folkhälsopolitiska målet om samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Uppgifterna från HLV används både av myndigheter, i forskning och av andra aktörer med bäring på folkhälsan och de åtta målområdena.

Urvalet består av ett slumpmässigt urval av individer bosatta i Sverige i åldrarna 16 och uppåt (innan 2021 var urvalsramen åldrarna 16–84). År 2024 var urvalsstorleken ca 45 000 personer. Som för de flesta enkätundersökningar har svarsfrekvensen sjunkit kraftigt över tiden från 60 procent år 2004 till endast 40 procent år 2024.

⁴¹ Folkhälsomyndigheten 2025c.

Sjunkande svarsfrekvens är en utmaning som många undersökningar står inför.

Inom ramen för HLV kan regioner och kommuner välja att delta med ett tilläggsurval.

Nationella minoriteter

Folkhälsomyndigheten har haft regeringsuppdrag som syftar till att upprätta en plan för att förbättra förutsättningarna gällande hälsosituation för nationella minoriteter och urfolk.⁴² Vidare har myndigheten inom ramen för ett särskilt regeringsuppdrag i uppdrag att kartlägga hälsan hos de nationella minoriteterna och urfolket samer och genomförde år 2021 en enkätundersökning om hälsa, livsvillkor och levnadsvanor.⁴³

Skolbarns hälsovanor

Enkäten Skolbarns hälsovanor riktar sig till barn i åldrarna 11, 13 och 15 år. Enkäten innehåller frågor om hälsa, livsvillkor och sociala relationer i skolan, exempelvis frågor som rör skolprestationer och psykisk hälsa och välbefinnande. Undersökningen är ett samarbete med WHO (HBSC, Health Behaviour in School-aged Children) och har genomförts vart fjärde år sedan 1986 i många länder, vilket möjliggör internationella jämförelser.

Miljöhälsoenkäten

Vart fjärde år genomför Folkhälsomyndigheten en nationell enkätundersökning som riktar sig (varannan gång) till vuxna och barn och undersöker frågor om miljörelaterade exponeringar, och besvär och sjukdomar såsom sömnbesvär av buller och allergier. Undersökningen har genomförts sedan 1999 och används bland annat för rapportering av miljörelaterad hälsa till WHO och Europeiska miljöbyrån.

⁴² Folkhälsomyndigheten 2017.

⁴³ Folkhälsomyndigheten 2023a.

Enkät om spel om pengar

År 2021 genomförde Folkhälsomyndigheten en enkät om spel om pengar bland barn och unga i åldrarna 16–19 år och deras föräldrar. Undersökningen genomfördes inom ramen för ett regeringsuppdrag att ta fram ett kunskapsstöd om spel om pengar och förebyggande arbete av spelproblem. Urvalet består av ett slumpmässigt urval av 10 000 barn och unga i åldern 16–19 år. Därtill består urvalet av lika många föräldrar till barn och unga i samma åldrar. Svarefrekvensen var 32 procent.

Enkäten undersökte frågor relaterade till attityder, vanor, kunskap, problematik kopplat till spel om pengar samt sociala relationer.

Nationella matvaneundersökningar

Livsmedelsverket samlar in uppgifter om främst matvanor men även andra levnadsvanor och hälsotillstånd i sina nationella matvaneundersökningar. Livsmedelsverket har hittills genomfört sex olika matvaneundersökningar mellan 1990–2024, främst Riksmaten. Den senaste undersökningen över matvanor bland vuxna är Riksmaten, som genomfördes 2010–2011. Urvalet var då 5 000 personer med en svarsfrekvens på 46 procent.⁴⁴

Livsmedelsverket genomför även årligen så kallade matkorgsundersökningar, som syftar till att undersöka innehållet av näringsämnen och oönskade ämnen i livsmedel. De data som ligger till grund för en matkorgsundersökning utgörs av innehållet i en typisk matkorg för genomsnittskonsumenten i Sverige. Innehållet i matkorgen väljs ut med stöd av statistik från Jordbruksverket. Genom matkorgsundersökningen går det att mäta de ämnen, såväl näringsämnen som oönskade ämnen, som genomsnittskonsumenten i Sverige nås av under ett år.⁴⁵

⁴⁴ Livsmedelsverket 2012 s. 14 & 20.

⁴⁵ Livsmedelsverket 2024.

Undersökningar av levnadsförhållanden/ Statistics on Income and Living Conditions

Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF)/ Statistics on Income and Living Conditions (SILC) är en årlig urvalsundersökning som belyser levnadsförhållanden i Sverige. ULF/SILC har genomförts sedan 1975.

ULF/SILC undersökningen riktar sig till individer 16 år och äldre, och urvalet omfattar vanligtvis 5 000–12 000 personer per år. 2008 integrerades ULF med EU-SILC databasen. Undersökningen spänner över en rad olika frågor med bäring på folkhälsan såsom hälsa, sociala relationer, ekonomi, sysselsättning, arbetsmiljö, delaktighet i samhället med mera.⁴⁶

Sedan 2001 genomförs även en undersökning om barns levnadsförhållande, en så kallad Barn-ULF.

Arbetskraftsundersökningarna

Arbetskraftsundersökningarna (AKU) är en urvalsundersökning som beskriver sysselsättning och arbetsförhållanden i Sverige för personer i åldrarna 15–7. AKU är en månatlig undersökning som genomförs av SCB. Denna undersökning är central för att kunna följa exempelvis arbetslöshet. Undersökningen omfattar cirka 17 000 personer och svarsfrekvensen var 2024 cirka 57 procent.⁴⁷

Medborgarundersökningen

Medborgarundersökningen genomförs av SCB på uppdrag av kommunerna. Undersökningen undersöker åsikter och attityder kring vad medborgare anser om sina kommuners förmåga att fullgöra sina uppgifter inom områden som skola, omsorg, boende, trygghet i samhället, jämlikhet och integration.

⁴⁶ SCB 2025c.

⁴⁷ SCB 2025d.

Resvanor i Sverige

Sedan 2019 genomför Trafikanalys varje år en nationell resvaneundersökning (RVU) i Sverige. RVU undersöker resvanor som bland annat används för utformning och utveckling av regional infrastruktur och trafikutbud, trafiksäkerhet samt för forskningsändamål. RVU är en enkätundersökning som omfattar personer i åldrarna 16–84. År 2023 var urvalet cirka 12 200 personer i Sverige och svarsfrekvensen 27 procent.

Arbetsmiljöundersökningen

Sedan 1989 genomför SCB arbetsmiljöundersökningen vartannat år på uppdrag av Arbetsmiljöverket. Enkäten, som riktar sig till personer i åldrarna 16–74, undersöker frågor som rör arbetsförhållandena i Sverige såsom stillasittande, tillgång till företagshälsovård, hälsorisker såsom exponering av exempelvis kemikalier, föroreningar och tobaksrök. Urvalsstorleken var mellan 4 000 och 12 000 individer under perioden 1989–2021.⁴⁸ Urvalet till Arbetsmiljöundersökningen är ett delurval till AKU.

Nationella Trygghetsundersökningen

Brottsförebyggande rådet (BRÅ) genomför en årlig enkät som undersöker frågor som rör utsatthet för brott, oro för brott och otrygghet samt förtroende för polisen och rättsväsendet.⁴⁹ Enkäter skickas till 200 000 personer i Sverige i åldrarna 16–84. Svarsfrekvensen var 2024 på 35 procent.⁵⁰

Urval av enkätundersökningar inom ramen för forskningsprojekt och idéburna organisationer

Nedan listas ett urval av olika studier/enkätundersökningar som belyser viktiga aspekter av folkhälsa såsom våldsutsatthet, hälsotillstånd, livsvillkor och levnadsvanor. Listan nedan ger exempel på

⁴⁸ Arbetsmiljöverket 2022.

⁴⁹ Ytterligare datakällor avseende brottsmisstankar och lagöverträdelse är misstankeregistret samt registret över personer lagförda för brott. Dessa register förvaltas av BRÅ.

⁵⁰ SCB 2025d s. 14.

viktiga data som samlas in inom ramen för olika forskningsprojekt men utgör ingen uttömlig kartläggning av alla enkätundersökningar med bäring på folkhälsan. Fokus är även på nationella enkätundersökningar och inte regionala eller kommunala undersökningar.

- *Levnadsnivåundersökningen (LNU)*. Sedan 1972 har Institutet för social forskning (SOFI), Stockholms universitet, förvaltat och utvecklat LNU. LNU är en omfattande enkätundersökning, av i stort sett samma individer, som genomförts åren 1968, 1974, 1981, 1991, 2000, 2010 och 2020–22. Undersökningen innehåller detaljerade frågor om familj, hälsa, utbildning, ekonomi, fritid, boende, politiskt deltagande, sysselsättning och arbetsförhållanden. Det finns LNU-undersökningar som omfattar barn samt partners till index-individerna.⁵¹
- *Väld och hälsa – en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Nationellt Centrum för Kvinnofrid, Uppsala universitet.⁵²
- *The Swedish CArdioPulmonary bioImage Study – SCAPIS*⁵³. Samarbete mellan Karolinska Institutet, Göteborgs universitet, Linköpings universitet, Lunds universitet och Hjärt-Lungfonden m.fl.
- *SOM-undersökningarna*, SOM-institutet, Göteborgs universitet. Enkätundersökningar som rör en rad olika frågor såsom politik, media, livsstil, hälsa och fritidsvanor. Bland annat undersöker SOM-institutet tillit till olika institutioner i samhället.
- *Monitormätningar och nationella skolundersökningen m.fl.*, CAN. CAN genomför en rad olika nationella årliga enkätundersökningar med frågor som rör ANDTS som riktar sig både till barn och den vuxna befolkningen.⁵⁴ Exempelvis har CAN till uppdrag att undersöka konsumtion av alkohol och tobaksprodukter i hela befolkningen och i olika grupper. CAN är en ideell organisation som tillsammans med Karolinska institutet, Stockholms universitet och Södertörns högskola bedriver forskning inom området för ANDTS.

⁵¹ SOFI 2024.

⁵² NCK 2014.

⁵³ SCAPIS.

⁵⁴ Se exempelvis CAN.

- *Life Gene* genomför årligen en enkätundersökning som syftar till att få bättre kunskap om genetik, miljö och levnadsvanor sedan år 2009. Data samlas in genom ett webbaserat frågeformulär med hälsotest och provtagning innehållande blod, serum och urin som förvaras i Karolinska Institutets Biobank.

8.1.8 Datakällor för att mäta hälsorelaterad livskvalitet och sjukdomsbörda

Hälsorelaterad livskvalitet

Uppgifter om hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL) förknippade med olika tillstånd och sjukdomar är viktiga för att genomföra ekonomiska utvärderingar på folkhälsoområdet, eftersom insamling av HRQoL data är nödvändigt för beräkning av kvalitetsjusterade levnadsår (QALY). QALY är ett mått som kombinerar två dimensioner av hälsa: hälsorelaterade livskvalitet och livslängd. I Sverige samlas HRQoL data för olika tillstånd och sjukdomar in i nationella kvalitetsregister som förvaltas av respektive register, men för många sjukdomar och tillstånd saknas HRQoL data.

Det hälsorelaterade livskvalitetsinstrumentet EQ-5D är ett av de mest använda instrumenten i Sverige för att mäta HRQoL. Av 150 nationella kvalitetsregister innehåller 41 register EQ-5D data, varav 24 register använder EQ-5D-3L, versionen med tre svarsalternativ för varje fråga, och 17 register EQ-5D-5L, versionen med fem svarsalternativ för varje fråga.⁵⁵ Det finns inget standardiserat sätt att använda EQ-5D i alla register, utan antal mättillfällen och tidpunkt för mätning beror på tillståndet eller sjukdomen samt syftet med mätningen. Utöver EQ-5D finns en rad andra instrument för att mäta HRQoL. Dessa instrument kan vara generiska eller sjukdomsspecifika.

För att omvandla data insamlade med instrument som exempelvis EQ-5D till nyttovikter för beräkning av QALY krävs särskilda värderingssystem.^{56,57}

⁵⁵ Sun m.fl. 2022.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Det finns två svenska värderingssystem för EQ-5D-5L: ett baserat på värderingar av hypotetiska hälsotillstånd (se Sun m.fl. 2022) och ett erfarenhetsbaserat värderingssystem där individer värderar sitt eget hälsotillstånd (se Burström m.fl. 2022).

Sjukdomsbörda

Global Burden of Disease (GBD) är ett internationellt forskningsprogram som leds av Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington. Projektet syftar till att uppskatta sjukdomsbördan för en stor mängd sjukdomar, tillstånd och riskfaktorer i över 200 länder.⁵⁸ Sjukdomsbördan mäts med måttet DALY, vilket är ett mått som kombinerar förlorade levnadsår och år levda med funktionsnedsättning.

Det finns en GBD-databas med vikter för funktionsnedsättning vilka skapas genom befolkningsundersökningar från flera olika länder. I dessa undersökningar får respondenten jämföra olika hypotetiska tillstånd och sjukdomar och svaren används för att skapa genomsnittlig kvalitetsvikt för varje tillstånd/sjukdom.

8.1.9 Kostnader för insatser

I ekonomiska analyser och utvärderingar är pris på resursutnyttjande en central komponent för att estimerar kostnaden för en insats.

Kostnader kan delas upp i direkta kostnader, såsom kostnader för läkemedel, vårdinsatser och personal, och indirekta kostnader såsom kostnader för produktionsbortfall. Att identifiera och uppskatta kostnader är avgörande för att kunna jämföra olika insatser och fatta informerade beslut. Det finns flera källor att använda när det kommer till kostnadsdata för insatser. Nedan följer en beskrivning av ett urval av dessa.

Kostnader för insatser inom hälso- och sjukvården

Kostnad per patient (KPP)-databasen

I dagsläget saknas rikstäckande individbaserade uppgifter över kostnader för insatser inom hälso- och sjukvården. Den mest omfattande nationella databasen över vårdkostnader är kostnad per patient (KPP)-databasen som förvaltas av SKR. KPP-databasen innehåller uppgifter om kostnader för primärvård samt specialiserad somatisk och psykiatrisk vård. Databasen innehåller uppgifter om vilken hälso-

⁵⁸ Se exempelvis Lopez & Murray 1998.

och sjukvård som genomförts, av vem och resursåtgången för varje vårdkontakt. Data är avidentifierade och innehåller inte namn eller personnummer.

KPP-databasen ger dock inte en fullständig kostnadsbild eftersom alla regioner inte rapporterar in till KPP för alla vårdområden. Bland annat saknas uppgifter för den psykiatriska vården samt primärvården. Databasen täcker endast cirka 50 procent av den specialiserade psykiatriska vården och endast omkring 30 procent av primärvården. Kostnader för vård som bedrivs i privat regi finns inte heller tillgängliga i KPP-databasen. Täckningsgraden i KPP-databasen är därmed begränsad.

Eftersom KPP-databasen inte innehåller personuppgifter är det inte möjligt att följa individer över tid eller länka samman uppgifterna med andra register. För att kunna beräkna genomsnittlig kostnad per diagnosrelaterad grupp (DRG) har varje vårdtillfälle, av Socialstyrelsen, klassificerats i en DRG utifrån bland annat diagnoskoder och åtgärds-koder. Alla vårdtillfällen inom en viss DRG slås samman för att räkna ut totalt antal vårdtillfällen och totala kostnader. Utifrån dessa uppgifter och baserat på KPP-databasen kan genomsnittlig kostnad per DRG räknas fram. KPP-databasen omfattar inte kostnader på individnivå för läkemedel som förskrivs inom hälso- och sjukvården (förmånsläkemedel/ receptläkemedel).

I vissa regioner finns mer detaljerade administrativa sjukvårdsdatabaser som innehåller uppgifter om ersättningar och vårdkontakter inom hälso- och sjukvården. Ett exempel är VAL-databasen i Region Stockholm. VAL-databasen innehåller individbaserade uppgifter om vårdbesök, vårdgivare och patienter inom all hälso- och sjukvård som ersätts av regionen. Uppgifter om privat vård som inte finansieras av regionen, vård inom särskilt boende samt basal kommunal vård ingår inte i VAL-databasen.⁵⁹

Ett ytterligare exempel är Regional vårddatabas, VEGA⁶⁰, vilket är Västra Götalandsregionens (VGR) databas som omfattar uppgifter om vårdkontakter och kostnader från Västra Götalandsregionen.

⁵⁹ Region Stockholm 2023.

⁶⁰ Västra Götalandsregionen 2023.

Prislistor för att uppskatta kostnader

De sex samverkansregionerna har prislistor samlade för sina regioner.⁶¹ Prislistorna är officiella och visar priser eller ersättningar för olika vårdinsatser och tjänster inom hälso- och sjukvården. Prislistorna innehåller bland annat priser för läkar- eller sjuksköterskebesök, operationer eller andra ingrepp och diagnostiska tester. Prislistorna används till exempel vid utomlänsvård, det vill säga för att bestämma ersättningen när en patient söker vård i en annan region än sin egen, men även för budgetering och ekonomisk uppföljning inom regionerna. Prislistorna används även som en källa för kostnadsdata i ekonomiska analyser och utvärderingar. Exempelvis har prislistor använts för att uppskatta vaccinationskostnader i budgetpåverkansanalyser av vaccinationsprogram.⁶²

Det finns risk för att resultaten blir missvisande när prislistor används i ekonomiska analyser, eftersom priset för en viss åtgärd inte alltid motsvarar den faktiska resursåtgången för åtgärden.

Register med uppgifter om kostnader

Det finns även register såsom läkemedelsregistret som samlar in specifika uppgifter om kostnader. I läkemedelsregister finns bland annat uppgifter om total kostnad för läkemedel, det vill säga både det som patienten själv betalar och det som regionen betalar. Registret innehåller även pris per förpackning.

Kostnader för insatser inom socialtjänsten, skola och omsorg

Folkhälsoinsatser bedrivs i stor utsträckning inom andra samhällssektorer än hälso- och sjukvården, exempelvis inom skolan och socialtjänsten. Det är därför viktigt att kunna identifiera relevanta kostnadsdata för insatser inom dessa sektorer som underlag till ekonomiska analyser eller utvärderingar.

Kolada är en databas som syftar till att möjliggöra uppföljning och analys av kommuner och regioners verksamhet.⁶³ Databasen tillhandahålls och förvaltas av en ideell förening vid namn Rådet för

⁶¹ SKR 2025a.

⁶² Magnusdottir m.fl. 2023.

⁶³ SKR 2015.

främjande av kommunala analyser, RKA. RKA är ett samarbete mellan staten och SKR. Kolada tillhandahåller en stor mängd nyckeltal som kostnader, volymer och kvalitet som är utvecklade för jämförelser mellan kommuner och regioner. Databasen erbjuder möjlighet till analys och visualisering av data på aggregerad nivå.

Kolada innehåller genomsnittliga uppgifter om kostnader per brukare eller elev inom områden som socialtjänst, äldreomsorg, individ- och familjeomsorg, förskola och skola. Databasen omfattar även nyckeltal om personaltäthet, volymer samt olika kvalitetsmått, vilket möjliggör jämförelser mellan kommuner över tid.

Kostnad per brukare (KPB) är ett mått på kostnader för vård och omsorg och stöd som en individ (brukare) får inom exempelvis socialtjänst, äldreomsorg eller funktionshinderomsorg. Det saknas i dag en nationell databas över kostnad per brukare. Data hanteras av en privat aktör: Ensolution AB. Mellan åren 2009–2015 samarbetade Ensolution med SKR med insamling och analys av data, men från 2016 gör Ensolution detta i samarbete med utvalda kommuner.

Data gällande kostnad per elev samlas varje år in av SCB från kommuner. Kostnaden samlas in i räkenskapssammandraget och nyckeltalen kostnad per elev beräknas genom att den totala kostnaden för skolformen divideras med antal elever. I kostnaden ingår lokalkostnader, direkta undervisningskostnader, skolmåltider, elevhälsa, skolledning och administration. Nyckeltal om kostnaden per elev redovisas i Kolada.

9 Behov av rikstäckande data

I detta avsnitt presenterar utredningen en kartläggning och bedömning av vilka data som i dagsläget saknas eller behöver stärkas på nationell nivå.

Kapitlet innehåller en redogörelse för resultaten från utredningens analys av databehov inom folkhälsoområdet. Vidare diskuteras vilka datakällor som redan existerar, men som i dagsläget inte är tillgängliga för berörda myndigheter och aktörer att använda i det löpande folkhälsoarbetet.

9.1 Kartläggning av databehov bland kommuner, regioner, myndigheter och andra berörda aktörer

Nedan följer en redogörelse för identifierade databehov hos kommuner, regioner, statliga myndigheter och andra berörda aktörer. Behoven har kartlagts genom bland annat dialoger och en enkätundersökning.

9.1.1 Dialoger med kommuner och regioner

Utredningen har fört dialoger med representanter från kommuner och regioner. Resultaten från dessa dialoger redogörs för i detalj i kapitel 12. I dialogerna uttrycktes ett stort behov av att stärka tillgången till befintliga hälsodataregister och andra relevanta datakällor, både för kommuner och regioner.

Sammanfattningsvis uppgav både kommuner och regioner att de upplever en brist på tillgång till individbaserade och aggregerade data för att kunna följa upp folkhälsoinsatser på ett effektivt sätt. Utmaningarna är särskilt stora när det gäller insatser utanför hälso- och sjukvården, exempelvis inom skola, omsorg och socialtjänst, där data-

tillgången ofta är begränsad. Mindre kommuner och regioner har dessutom sämre förutsättningar för uppföljning, eftersom de saknar etablerade strukturer för att systematiskt följa upp insatser och resultat.

Utredningen bedömer att tillgång till relevanta data för uppföljning och utvärdering av folkhälsan och folkhälsopolitiken utgör en grundläggande förutsättning för att kommuner och regioner ska kunna utveckla och stärka det löpande folkhälsoarbetet på lokal och regional nivå.

9.1.2 Enkätundersökning till berörda myndigheter och aktörer

Utredningen har genomfört en enkätundersökning i syfte att kartlägga databehov för att möjliggöra olika typer av ekonomiska analyser och effektutvärderingar inom folkhälsoområdet. För att identifiera relevanta myndigheter och andra aktörer har utredningen bland annat utgått från den lista över myndigheter som Folkhälsomyndigheten bedömt ha särskild betydelse för folkhälsan.¹ Enkäten har även skickats till ytterligare myndigheter och aktörer som utredningen funnit relevanta för utredningens uppdrag.

Enkäten skickades till 57 myndigheter, organisationer och aktörer under våren 2025. Enkäten besvarades av 22 organisationer, varav två uppgav att de inte kan bedöma behovet av data eftersom deras verksamhet inte har någon direkt koppling till folkhälsoområdet.

De som har besvarat enkäten är Umeå universitet, Skolverket, Specialpedagogiska skolmyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Stockholm Centrum för hälsoekonomi (StoCHE) Region Stockholm, Cancerfonden, Region Skåne (barnhälsovård), Pensionsmyndigheten, Trafikverket, Hjärt- och Lungfonden, E-hälsomyndigheten, Insamlingsstiftelsen Hjärnfonden, Myndigheten för delaktighet, Region Västerbotten, RISE Research Institutes of Sweden, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Livsmedelsverket.

Av respondenterna uppgav alla utom fem att de under de senaste tre åren har använt svenska data för att genomföra ekonomiska ana-

¹ Folkhälsomyndigheten 2022b.

lyser och/eller effektutvärderingar. Verksamhetsområdena hos respondenterna omfattar följande områden:

- Hälso- och sjukvård
- Folkhälsa
- Levnadsvanor
- Socialförsäkring och ekonomiskt stöd
- Utbildning och skolrelaterade frågor
- Socialtjänst och omsorg
- Arbetsmarknad
- Miljö och transport
- Forskning om specifika sjukdomsgrupper.

I enkäten ställdes bland annat följande frågan: *Vilka rikstäckande data som i dag inte är tillgängliga, eller är ofullständiga, anser ni behöver samlas in för att möjliggöra ekonomiska analyser och effektutvärderingar med relevans för folkhälsan inom er myndighets eller organisations verksamhetsområde?* Det kan handla om data som i dag helt saknas, eller som endast finns på regional eller kommunal nivå. Det fanns flera svarsalternativ, både kryssalternativ samt fritext. Kryssalternativen avsåg följande områden:

- Förekomst av sjukdomar och tillstånd
- Levnadsvanor
- Livsvillkor
- Vårdkonsumtion
- Kostnader för vårdkonsumtion
- Patientrapporterade utfallsmått
- Data över individers deltagande och kostnader för insatser
- Bakgrundsfaktorer
- Arbetsmarknadsutfall
- Nyttjande av sociala trygghetssystemen.

Av svaren framgår att datatillgången i Sverige generellt sett bedöms som god, men att det samtidigt finns flera områden där tillgången behöver stärkas i syfte att förbättra möjligheten att genomföra ekonomiska analyser och effektutvärderingar. Behov av förbättrad datatillgång identifieras inom samtliga områden enligt listan ovan, men vissa områden bedöms som särskilt viktiga att stärka.

Sammanfattningsvis svarar många respondenter att det behövs utökade uppgifter kring vårdkonsumtion. Det finns ett stort behov av heltäckande data från hälso- och sjukvården som omfattar bland annat primärvårdsdata av olika karaktär. Det behövs även uppgifter om vårdkontakter som berör andra professioner än läkarkontakter samt uppgifter om vårdkontakter som har andra huvudmän än regionen. Andra viktiga områden i behov av stärkt datatillgång berör livsvillkor och levnadsvanor hos både barn, unga och vuxna samt uppgifter om deltagande och kostnader för olika typer av insatser. Det finns även stora behov av data som möjliggör beräkning av förekomsten av sjukdomar och tillstånd samt information om patientrelaterade utfallsmått.

I det följande har fritextsvaren från enkäten sammanställts och grupperats utifrån folkhälsopolitikens målområden för att tydliggöra vilka behov av nationella data som identifierats för respektive område.

Det tidiga livets villkor

Flera aktörer efterlyser bättre tillgång till data som rör barns hälsa, livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor. Behovet av hälso-dataregister över primärvårdskontakter lyfts av flera respondenter som en mycket viktig datakälla för att stärka uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken. Specifikt efterfrågas nationella data från barnhälsovården och elevhälsan för att kunna följa barns hälsa och vårdinsatser. Det saknas också nationella indikatorer för psykisk ohälsa hos små barn samt uppgifter om kostvanor såsom exempelvis amning efter ett års ålder.

I enkätsvaren lyfts även behoven av nationella uppgifter om ålder vid inskrivning i förskola och barn och ungas sjukfrånvaro från både förskolan och skolan. Sådan information skulle förbättra möjligheten att följa barns ohälsa och riskfaktorer för ohälsa men även förbättra

förutsättningen för andra typer av ekonomiska analyser avseende föräldrarnas arbetsmarknadsutbud i förhållande till barns sjukfrånvaro.²

Ytterligare behov som betonas i enkäten är data för att kunna följa effekten av insatser som familjerådgivning och föräldrastödsprogram. Denna typ av insatser har bäring på uppväxtmiljö och hälsan hos barn och föräldrar. Uppföljning och utvärdering av sådana insatser försvåras dock av att exempelvis familjerådgivningen och andra stödjande program inte omfattas av dokumentationsskyldighet.

Kunskaper, kompetenser och utbildning

Det finns ett stort behov av bättre data för att följa barn och ungas skolgång och utfall. Behovet av nationell statistik över skolfrånvaro, både tillåten och otilåten frånvaro lyfts, inklusive förslag på nationell skolenkät liknande PISA. Uppgifter om avhopp från skolor efterfrågas också. Resultaten pekar på omfattande behov av uppgifter från elevhälsan, vilka kan stärka möjligheterna att följa hälsan, livsvillkor och levnadsvanor bland barn och unga samt förbättra möjligheten för utvärdering av insatser riktade mot barn och unga.

Flera myndigheter och organisationer lyfter även behovet av uppgifter om funktionsnedsättning för att stärka uppföljning och utvärdering av insatser till barn och unga i dessa grupper.

Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Det finns ett behov av att stärka uppgifter om arbetsmarknadsutfall och anställningsform. Här lyfts brister i tillgång till data om korttidssjukfrånvaro (dag 1–14), som inte täcks av Försäkringskassans register. Det finns också behov av nationella data om hel- och deltidarbete. Därtill finns det behov av uppgifter om deltagande i arbetsmarknadsinsatser från andra aktörer än Arbetsförmedlingen, såsom kommuner eller ideella trygghetsorganisationer. För att stärka kunskapen om individers tillgång till försörjning vid arbetslöshet

² SCB har arbetat med ett regeringsuppdrag som rör avsaknaden av nationella data och kunskap om skolsystemet. Behov av nya skoldata har identifierats, som till exempel data om elevers frånvaro med koppling till schemat. Se SCB A2023/1960.

behövs utökade uppgifter om utbetalningar av privata arbetslöshetsförsäkringar, vilket i dagsläget saknas.

Inkomster och försörjningsmöjligheter

Ett behov som flera respondenter påtalar gäller förbättrade uppgifter om hushållens ekonomiska förutsättningar i relation till hälsa. Här betonas särskilt vikten av att kunna kombinera data om livsvillkor och levnadsvanor med registeruppgifter om inkomst och socialförsäkringsutnyttjande för att belysa sambandet mellan ekonomi och folkhälsa. Exempelvis lyfter SKR behovet av bättre information om äldres inkomster och försörjningsmöjligheter.

Boende och närmiljö

Få specifika behov rapporterades i enkäten under detta målområde, men det lyfts ett generellt behov av bättre data på miljöexponeringar såsom luftkvalitet. Exempelvis finns det behov av löpande skattningar av luftkvaliteten och geografisk information över tid för att kunna bedöma exponering. Det finns också behov av data kopplat till segregation, trångboddhet, fysisk miljö, tillgänglighet till gröna och blå områden, matmiljöer och tillgång till samhällsservice.

Levnadsvanor

Flera aktörer pekar på otillräcklig insamling av data kring levnadsvanor, inklusive kost, fysisk aktivitet och resvanor. Undersökningen Riksmaten, som genomförs av Livsmedelsverket, anses genomföras för sällan för att löpande kunna följa utveckling över tid. I Folkhälsomyndighetens undersökning HLV och Livsmedelsverkets Riksmaten föreslås insamlande av mer detaljerade uppgifter samt mer frekventa undersökningar. Det finns även behov av ökad täckning i dessa undersökningar.

Önskemål finns också om att komplettera självrapporterade data med mer objektiva mått, exempelvis genom appar eller rörelsemätare.

Kontroll, inflytande och delaktighet

Respondenterna betonar behovet av att funktionsnedsättning inkluderas som bakgrundsvariabel i fler nationella undersökningar. Detta skulle möjliggöra förbättrad uppföljning av levnadsvillkor och delaktighet för personer med funktionsnedsättning samt förbättra möjligheter till effektutvärderingar av samhällsinsatser för dessa individer och deras närstående.

En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Behovet av nationella individbaserade data från primärvården lyfts av flera aktörer. Nationell information om vårdinsatser inom mödravård, barnhälsovård och elevhälsan efterfrågas specifikt. Det finns även behov av uppgifter om vårdbesök och insatser som avser andra professioner än läkare. Ytterligare databehov som lyfts berör data över tandvård där befintliga data är ofullständiga och har bristande kvalitet.

Behoven av data över vårdkostnader, avseende alla typer av vårdnivåer (både primärvård och specialiserad vård), betonas av flera respondenter. Det finns ett omfattande behov av rikstäckande individbaserade uppgifter över vilka resurser som tas i anspråk vid olika typer av vårdbesök och insatser.

Behov finns även av förbättrad tillgång till data om rekvisitionsläkemedel, inklusive faktisk användning. Ytterligare behov som lyfts är uppgifter om administreringskostnader för olika typer av vaccinationer.

Övriga generella behov av data och datakvalitet

Flera svar pekar på behovet av att förbättra data om patientrapporterade utfallsmått, särskilt EQ-5D, som föreslås integreras mer systematiskt i kvalitetsregister och nationella urvalsundersökningar som HLV och ULF/SILC. Det finns även önskemål om att inkludera fler generella mått.

Flera aktörer lyfter behovet av longitudinella individbaserade data om livsvillkor och levnadsvanor, vilket skulle möjliggöra effektutvärderingar av olika samhällsinsatser på individens levnadsvanor.

Slutligen betonas vikten av att förbättra prevalensdata för vissa diagnoser i den svenska kontexten, som hjärnsjukdomar, där aktörer i nuläget ofta använder sig av utländska studier.

9.2 Indikatorsystemet för att följa utvecklingen av folkhälsan

Folkhälsomyndigheten fick år 2019 i uppdrag av regeringen att ta fram olika mätbara och vetenskapligt förankrade indikatorer för varje målområde i syfte att följa utveckling av hälsan i befolkningen samt hälsans bestämningsfaktorer. Syftet med uppföljningen är att skapa kunskap kring hur hälsan i befolkningen och dess bestämningsfaktorer utvecklas i förhållande till det nationella folkhälsopolitiska målet om ”att skapa samhällliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation”.³

Folkhälsomyndigheten har identifierat ett 30-tal kärnindikatorer för att följa de åtta målområdena samt fem indikatorer för att följa den fysiska och psykiska hälsan i befolkningen. Dessa indikatorer ska spegla förändringen av både livsvillkor, levnadsvanor och hälsa samt fånga olika jämlikhetsaspekter.

Utöver kärnindikatorerna har Folkhälsomyndigheten även tagit fram ett större urval indikatorer. Här ingår cirka 130 målområdesindikatorer och ett 50-tal indikatorer för att hälsa. Dessa indikatorer ska kunna användas för fördjupade analyser och uppföljning av hälsan i befolkningen och dess bestämningsfaktorer.

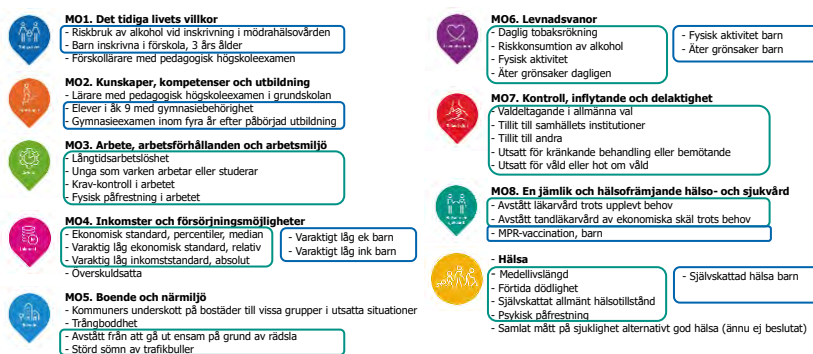
Systemet ställer krav på tydliga definitioner av indikatorerna och en god datatillgång. Det behövs data för hela befolkningen, men även möjlighet att dela upp befolkningen för att undersöka skillnader mellan olika grupper som exempelvis kön, ålder, socioekonomisk ställning eller bostadsort. Kärnindikatorerna ska om möjligt kunna följas på både nationell, regional och lokal nivå.

Folkhälsomyndigheten uppdaterar indikatorerna löpande. För att följa kärnindikatorer används data från olika källor både enkätundersökningar som nationella folkhälsoenkäten HLV, och registerdata från Socialstyrelsen, SCB och BRÅ.

³ Prop. 2017/18:249 s. 1.

För cirka en femtedel av alla kärnindikatorer saknas antingen data på Folkhälsomyndigheten eller en etablerad definition av indikatorn. I figur 2.1 visar de gröna ramarna vilka indikatorer som kan mätas med hjälp av tillgängliga data. Blå ram visar vilka utfall som kan mätas med tillgängliga data för barn och unga. I de fall en ram saknas finns inga tillgängliga data eller så saknas en etablerad definition av indikatorn. Det saknas alltså tillgängliga data för indikatorer inom fem av åtta målområden. Därtill saknas det i dagsläget utfall för barn och unga för flera målområden såsom arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö (föräldrars situation), boende och närmiljö samt kontroll, inflytande och delaktighet.

Figur 9.1 Kärnindikatorer i dagsläget



Källa: Folkhälsomyndigheten 2025.

9.3 Hälsodataregister

För att stärka folkhälsan och möjliggöra effektiv uppföljning och utvärdering finns stort behov av individbaserade och rikstäckande data från primärvården. Rikstäckande individdata från primärvården är särskilt viktiga för att kunna genomföra ekonomiska analyser och effektvärderingar på folkhälsoområdet. Detta behov har, utöver utredningens kartläggning, även identifierats och grundligt redogjorts för i Utredningen om hälsodataregisters betänkande *Ett nytt regelverk för hälsodataregister* (SOU 2024:57).

I dagsläget är tillgängliga nationella data över hälso- och sjukvården begränsade till slutenvården och vissa delar av öppenvården. Avsaknaden av individbaserade primärvårdsdata, och andra hälso- och sjuk-

vårdsdata, innebär att hela vårdkedjan inte kan följas, vilket försvårar jämförelser mellan regioner och patientgrupper samt försämrar möjligheterna till epidemiologiska och longitudinella studier.⁴

Tillgången till heltäckande hälso- och sjukvårdsdata, inklusive uppgifter av primärvårdskaraktär, är central för att följa individers vårdkonsumtion, studera och utveckla hälsofrämjande och förebyggande insatser samt identifiera riskfaktorer för olika sjukdomar. Tillgång till dessa uppgifter skulle möjliggöra en mer heltäckande bild av befolkningens hälsa och utgöra ett viktigt underlag för att utveckla folkhälsoinsatser anpassade till utmaningar samhället står inför.⁵ Ökad tillgång till hälsodata är även viktigt för life-science sektorn och utvecklingen av bland annat precisionsmedicin.⁶

I betänkandet *Ett nytt regelverk för hälsodataregister* finns omfattande förslag, bland annat förslag om ett nytt rättsligt regelverk för utökad uppgiftsinsamling till bland annat PAR från primärvården och från den specialiserade somatiska hälso- och sjukvården.⁷ Både offentliga och privata aktörer omfattas av förslagen. Förslagen i betänkandet omfattar även utökad uppgiftsinsamling av läkemedel som har administrerats inom hälso- och sjukvården, det vill säga rekvisitionsläkemedel, samt förslag på statlig insamling av data över väntetider till PAR.

Mot bakgrund av identifierade behov av mer omfattande uppgifter från både primärvården och den specialiserade somatiska hälso- och sjukvården ser utredningen positivt på förslagen i betänkandet *Ett nytt regelverk för hälsodataregister* (SOU 2024:57). Utredningen välkomnar även det påbörjade arbetet med att förbereda för en utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården, vilket regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra.⁸

Utredningen bedömer att det är särskilt angeläget att samla in hälsodata från den regionala primärvården som rör barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter, det vill säga mödrahälsovård, barnhälsovård och ungdomsmottagning. Som redogjorts för tidigare finns ett behov av mer enhetlig och frekvent dokumentation inom hälso- och sjukvården av livsvillkor och levnadsvanor, vilket skulle

⁴ SOU 2024:57 s. 156–157.

⁵ Ibid.

⁶ Ibid s. 157.

⁷ I SOU 2024:57 föreslås även att personuppgifter avseende rekvisitionsläkemedel – det vill säga alla de läkemedel som ordineras och administreras till patienter inom hälso- och sjukvården – ska samlas in på nationell nivå.

⁸ Regeringsbeslut S2025/00940.

skapa bättre förutsättningar för ekonomiska analyser och utvärderingar inom folkhälsoområdet.

Det finns även behov av tydligare rättslig reglering för att möjliggöra insamling av vissa hälsodatauppgifter till Socialstyrelsens hälsodataregister PAR, exempelvis om typ av våldsutsatthet.

Vidare har utredningen identifierat och kartlagt ytterligare behov av data av primärvårdskaraktär som förslagen i betänkandet *Ett nytt regelverk för hälsodataregister* (SOU 2024:57) inte omfattar. Dessa data berör hälsodatauppgifter från hälso- och sjukvård som:

- tillhandahålls av en skolhuvudman enligt skollagen (2010:800),
- är en del av arbetsgivaransvaret enligt arbetsmiljölagen (1997:1160) eller,
- faller inom ramen för det kommunala huvudmannaskapet enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) eller,
- tillhandahålls inom ramen för en statlig myndighets ansvar.

Utredningen noterar att uppgiftsinsamlingen som berör dessa punkter kan anses vara aktuella för att stärka förutsättningarna för ekonomiska analyser och effektutvärderingar på folkhälsoområdet och diskuteras mer ingående i avsnitt 9.4-9.10 samt i utredningens förslag i kapitel 17.

I följande avsnitt ges en beskrivning om behov av uppgifter till befintliga hälsodataregister.

9.3.1 Uppgifter om livsvillkor och levnadsvanor inom slutenvården och den specialiserade öppenvården

Som tidigare nämnts innehåller PAR vissa uppgifter om levnadsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor. Exempelvis finns det diagnoskoder för livsstilsrelaterade faktorer⁹ som tobaksbruk, alkoholbruk, drogbruk, brist på fysisk aktivitet, matvanor och spel om pengar.

I dagsläget saknas en enhetlig dokumentation av patienters levnadsvanor.¹⁰ Mot denna bakgrund pågår ett nationellt uppdrag där

⁹ Kapitel Z. *Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården.* Specifikt Z72.

¹⁰ SKR 2025b.

en arbetsgrupp inom Nationellt programområde (NPO) levnadsvanor har fått i uppgift att främja en mer enhetlig registrering av levnadsvanor i vården. Inom ramen för detta arbete har bland annat ett vägledande riktlinjer tagits fram, med syfte att stödja enhetlig dokumentation.¹¹ Även i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid ohälsosamma levnadsvanor betonas vikten av att dokumentation sker på ett strukturerat och enhetligt sätt. Enhetlig dokumentation är en förutsättning för att kunna följa upp och utvärdera förebyggande och hälsofrämjande insatser inom hälso- och sjukvården.¹²

Vidare finns det ICD-koder som fångar potentiella hälsorisker kopplade till socioekonomiska och psykosociala förhållanden, inklusive den fysiska, psykiska och sociala miljön samt andra livsvillkor.¹³ Utöver detta finns även uppgifter om skador och våldsutsatthet. Genom ICD-kodsystemet är det möjligt att i PAR identifiera skador och sjukdomar som orsakats av yttre faktorer såsom våld och vanvård. Administrativa uppgifter om våldsutsatthet och vanvård finns endast i begränsad omfattning i ett fåtal individbaserade och rikstäckande register, varav PAR är ett av dessa.

Fram till 2022 var det möjligt att identifiera våld i nära relationer, exempelvis våld från partner eller förälder, via ICD-koder i kapitel Y07. I slutet av 2022 beslutade dock Socialstyrelsen att sluta samla in uppgifter om relationen mellan våldsutsatt och förövare med hänvisning till juridiska begränsningar kring behandling av personuppgifter om våld i nära relationer i Socialstyrelsens hälsodataregister.¹⁴

9.3.2 Uppgifter från mödravården och perinataltiden

Som tidigare beskrivits innehåller MFR vissa uppgifter om levnadsvanor som användning av tobaksprodukter.¹⁵ Trots att mödravården samlar in uppgifter om exempelvis alkoholbruk, drogbruk och våldsutsatthet (enligt Socialstyrelsens nationella basprogram för graviditetsövervakning) finns dessa uppgifter inte med i MFR.¹⁶

¹¹ Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård 2024.

¹² Socialstyrelsen 2024a s. 47.

¹³ ICD-koder Z55-Z65.

¹⁴ Inaktiverade koder Y06-Y07.

¹⁵ I det nationella kvalitetsregistret, Graviditetsregistret, finns mer detaljerad information om livsvillkor och levnadsvanor.

¹⁶ Socialstyrelsen 2025b.

Det finns dock förslag från Socialstyrelsen till regeringen om författningsändringar som skulle innebära att mödrahälsovården lämnar fler uppgifter till MFR som exponering för substanser som kan vara skadliga för fostret.¹⁷

I den behovsanalys som genomförts inom ramen för utredningen framhålls ett behov av att utöka registret med fler uppgifter om livsvillkor och levnadsvanor. Sådana uppgifter skulle bland annat möjliggöra hälsoekonomiska utvärderingar av insatser som syftar till att främja barns och mödrars hälsa.

9.3.3 Uppgifter om tandhälsa hos barn och unga

Det saknas nationella data över uppgifter om tandhälsa för barn och unga. Det finns stora skillnader i tandhälsa bland barn baserat på bostadsort, där barn i områden med lägre socioekonomisk status har sämre tandhälsa än barn i områden med högre socioekonomisk status.¹⁸ Regionala data över regionsfinansierad tandhälsovård finns, men det saknas rikstäckande individbaserade uppgifter över tandhälsa bland barn och unga.

9.3.4 Uppgifter om vaccinationer

Jämlik och hög vaccinationstäckning är en uttalad målsättning för folkhälsopolitiken.¹⁹ Lärdomar från covid-19-vaccinationerna visar dock att det finns stor variation i vaccinationsgrad beroende på bland annat födelseland och socioekonomi.²⁰

Utredningen bedömer att det Nationella vaccinationsregistret (NVR) behöver utökas. I dagsläget omfattar NVR endast uppgifter om vaccinationer inom de nationella vaccinationsprogrammen samt vaccination mot covid-19. Ett mer omfattande register skulle skapa bättre förutsättningar för ekonomiska analyser och effektutvärderingar inom vaccinområdet. Detta kan i sin tur bidra till ett mer effektivt vaccinationsarbete. Utredningen ser mycket positivt på de för-

¹⁷ Socialstyrelsen 2022c.

¹⁸ Region Stockholm 2024b.

¹⁹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2022.

²⁰ Folkhälsomyndigheten 2023b.

slag som lagts fram i SOU 2024:2 om att även inkludera data om regionala vaccinationsprogram i NVR.²¹

Utöver behovet av utökade uppgifter från de regionala vaccinationsprogrammen anser utredningen att det kan finnas behov av att samla in ytterligare vaccinationsdata. Det gäller rikstäckande information om vaccinationer mot flera infektionssjukdomar (exempelvis RSV, vattkoppor, bältros, difteri och stelkramp hos vuxna, samt TBE) oavsett om dessa ingår i regionala vaccinationsprogram eller inte.²² Enligt utredningens bedömning skulle sådan information kunna underlätta arbetet med att följa smittspridning och analysera folkhälsorelaterade aspekter, såsom ojämlikhet i vaccinationstäckning, särskilt i avsaknad av nationella och/eller regionala vaccinationsprogram.

Det finns förslag från E-hälsomyndigheten om att utöka den Nationella läkemedelslistan (NLL) med alla givna vaccinationer för att ge både individen och hälso- och sjukvården tillgång till informationen. Myndigheten har även tagit fram författningsförslag för att möjliggöra för en sådan listningstjänst.²³

9.4 Elevhälsan

Skolhuvudmän har en skyldighet att tillhandahålla elevhälsa enligt 2 kap. 25 § skollagen (2010:800):

För eleverna i förskoleklassen, grundskolan, anpassade grundskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och anpassade gymnasieskolan ska det finnas elevhälsa. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Elevernas utveckling mot utbildningens mål ska stödjas. Elevhälsans arbete ska bedrivas på individ-, grupp- och skolenhetsnivå och ske i samverkan med lärare och övrig personal. Elevhälsan ska vara en del av skolans kvalitetsarbete. Vid behov ska elevhälsan samverka med hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog, kurator och specialpedagog eller speciallärare.

²¹ SOU 2024:2 s. 39.

²² SOU 2024:57 s. 230.

²³ E-hälsomyndigheten 2023.

Vidare ska, enligt 2 kap. 27 § skollagen, varje elev i grundskolan, anpassade grundskolan och specialskolan erbjudas minst tre hälso-
besök som innefattar hälsokontroller. Dessa elever får även, enligt
2 kap. 28 § skollagen, vid behov anlita elevhälsan för enkla sjukvårds-
insatser.

Folkhälsoperspektivet inom elevhälsan har över tid fått ett stort
genomslag med allt större fokus på främjande och förebyggande
arbete både utifrån ett individ- och grupperspektiv.²⁴ Elevhälsans
uppdrag har bäring på flera av folkhälsopolitikens målområden så-
som tidiga livets villkor, kunskaper och utbildning, levnadsvanor
samt tillgång till god och jämlik hälso- och sjukvård. I Regerings-
direktivet *En förbättrad elevhälsa* (dir. 2024:30) betonas elevhälsans
viktiga roll för folkhälsan.²⁵

Utredningen bedömer, i linje med resultaten från enkätundersök-
ningen och genomförda dialoger, att rikstäckande individbaserade
uppgifter från elevhälsan skulle förbättra möjligheterna till uppfölj-
ning av hälsan bland barn och unga. Dessa uppgifter skulle exempelvis
kunna användas för att synliggöra likheter och skillnader i tillgången
till hälsoinsatser mellan såväl olika skolor, geografiska områden som
olika grupper i samhället. Deskriptiva analyser kan peka på vilka
områden som behöver prioriteras och ge regeringen kunskap om
behov av folkhälsosatsningar av strukturell karaktär.

För att följa barns och ungas hälsa krävs uppgifter om deras fys-
iska, psykiska och sociala hälsa, liksom information om livsvillkor,
levnadsförhållanden och levnadsvanor. Det är angeläget att kunna
följa barns och ungas psykiska hälsa, såsom förekomst av stress,
ångest och depression som inte nödvändigtvis identifieras inom hälso-
och sjukvården. Även fysisk hälsa bör följas, exempelvis genom till-
växtkurvor (vikt och längd) samt syn och hörsel. Exempelvis skulle
information om självskattad hälsa kunna samlas in genom det hälso-
relaterade livskvalitetsinstrumentet EQ-5D-Y.²⁶ Instrumentet har
tidigare tillämpats i både befolkningsstudier och kliniska studier
bland barn och unga.^{27,28} Sexuell och reproduktiv hälsa är ett annat

²⁴ SOU 2021:34 s. 151.

²⁵ Dir. 2024:30 s. 4.

²⁶ Livskvalitetsinstrumentet är utformat som ett frågeformulär där barnet eller ungdomen
själv rapporterar sin hälsa i fem dimensioner; kunna röra sig, ta hand om sig själv, göra van-
liga aktiviteter, ha ont eller ha besvär och känna sig orolig, ledsen eller olycklig.

²⁷ Åström m.fl. 2018.

²⁸ Bergfors m.fl. 2015.

viktigt område, där tillgång på data över exempelvis rådgivning om mennessmärtä bör samlas in.

Uppgifter om våldsutsatthet är viktiga för att kunna identifiera behov av stöd och skyddsinsatser. Det gäller särskilt våld i nära relationer, hedersrelaterat våld, könsstympning och våld i hemmet. En systematisk insamling av dessa uppgifter är avgörande för att kunna utveckla och följa upp insatser som främjar barns och ungas hälsa och trygghet.

Vidare är det viktigt att dokumentera tillgång och deltagande av olika insatser inom elevhälsan inklusive specialpedagogiska stödinsatser, liksom information om elevens kontakt med elevhälsan exempelvis antal besök, uppföljningsbesök, remisser, rådgivning och typ av insatser som erbjudits och nyttjats. Uppgifter om barns levnadsvanor, såsom matvanor, fysisk aktivitet, stillasittande, sömnmönster, skärmtid och användning av sociala medier, ökar förmågan att följa barn och ungas förutsättningar för god hälsa.

Det finns ett behov att utreda och utveckla ett standardiserat verktyg för uppgiftsinhämtning från elevhälsan. I dagsläget finns regionala stöd som exempelvis Elevhälsportalens förslag på elevhälsofrågor i sina elevhälsoenkäter. På nationell nivå finns i dag Elevhälsans Medicinska kvalitetsregister (EMQ), där data från den medicinska delen av elevhälsan samlas in. Dock är endast 6 av Sveriges 290²⁹ kommuner anslutna till registret. Att ansluta sig innebär en kostnad för kommunen.

Skolmiljön spelar också en avgörande roll för barns hälsa och välbefinnande. Det är därför relevant att följa både den fysiska miljön, såsom möjligheter till fysisk aktivitet, tillgång till bibliotek och andra resurser, och den psykosociala miljön, inklusive trygghet, sociala relationer och förekomst av mobbning.

Elevhälsodata bör inte vara begränsade till vårdkontakter med vissa professioner utan omfatta samtliga vårdtillfällen, oavsett profession såsom skolläkare, sjuksköterska, psykolog, kurator eller logoped med mera.³⁰

²⁹ EMQ 2022.

³⁰ I linje med de behov som identifierats i SOU 2024:57 s. 160.

9.5 Företagshälsovården

Tillhandahållande av hälsovård berör även verksamhet inom arbetsgivaransvaret enligt arbetsmiljölagen (1997:1160). Enligt 3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen ska arbetsgivaren svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå:

Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.

Även om det finns en definition i lagstiftningen, saknas det en enhetlig definition av begreppet *företagshälsovård* i praktiken samt enighet kring vilka insatser som bör omfattas.³¹

Företagshälsovården kan ses som en resurs i folkhälsopolitiken givet dess fokus på förebyggande och hälsofrämjande arbete som tidiga insatser för att motverka sjukdom och sjukskrivning, riskbedömningar för att exempelvis motverka skador samt främjade av hälsosamma levnadsvanor. Företagshälsovård har därmed bäring på flera målområden inom folkhälsopolitiken såsom målområdena 3. arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, 6. levnadsvanor samt 8. en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

I dagsläget saknas ett rikstäckande individbaserat register med uppgifter från företagshälsovården. Det finns dock en databas med ett urval av genomförda hälsokontroller utförda av företagshälsovården.³² Denna databas förvaltas av ett privat företag.³³

Uppgifter från företagshälsovården är viktiga för att dels få en mer heltäckande bild av individers hälsa, dels för att få bättre förståelse kring hur sjukskrivningar kan förebyggas samt förkortas. För att stärka förutsättningarna för förbättrad uppföljning av folkhälsan och utvärdering av folkhälsopolitiken kan det finnas behov av uppgiftsinsamlande från företagshälsovården både i termer av diagnoser och åtgärder, men även gällande levnadsvanor och psykosociala faktorer. Eftersom flera åtgärder utförs av andra yrkesgrupper än

³¹ SOU 2004:113 s. 34.

³² Se exempelvis Ekblom-Bak m.fl. 2024.

³³ HPI 2025.

läkare, som till exempel psykologer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, bör uppgifterna även omfatta dessa hälsovårdstillfällen.³⁴

9.6 Statliga vårdinsatser

Det finns en rad olika statliga myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård inom ramen för sina uppdrag. Exempel på detta är hälso- och sjukvård som bedrivs av Kriminalvården, Statens Institutionsstyrelse och studenthälsan som tillhandahålls av universitet och högskolor. Det finns 35 statliga myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård.³⁵

Inom ramen för utredningen för *Bättre förutsättningar för uppföljning av hälso- och sjukvården* gavs inga förslag om utökat uppgiftsinsamlande från de statliga myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård med motiveringen att det saknas en behovsanalys. I tilläggsdirektiven till Utredningen om en reform av den statliga barn- och ungdomsvården för en trygg och kvalitativ vård (S 2024:01) framkommer att det finns behov av att stärka den statliga barn- och ungdomsvårdens möjligheter att följa upp verksamheten. Individbaserade och rikstäckande data över vårdinsatser inom ramen för SiS-liknande verksamhet är viktiga för sådan uppföljning.

För att få en mer heltäckande bild av hela hälso- och sjukvården bedömer utredningen att ett utökat uppgiftslämnande av hälso- och omsorgsdata från vårdgivare med statligt huvudmannaskap till befintliga hälsodataregister är nödvändigt.

Att kunna följa hälso- och sjukvårdsinsatser hos frihetsberövande individer, särskilt de som berör vårdtillfällen för barn och unga, anser utredningen är av stor vikt för att kunna utvärdera insatser för grupper som exempelvis präglas av social utsatthet och de som står långt från arbetsmarknaden. Detta är även av betydelse för att möjliggöra en samlad uppföljning av hela vårdkedjan för dessa individer och för att öka kunskapen om helheten, snarare än att begränsas till tiden före eller efter placeringen. Det finns också ett behov av att följa upp att barn och unga som är placerade får tillgång till den hälso- och sjukvård de har rätt till, till exempel vad gäller vaccinationer och tandvård.

³⁴ I linje med de behov som identifierats i SOU 2024:57 s. 160.

³⁵ SOU 2024:57 s. 171.

9.7 Skolfrånvaro

Det saknas i dag individbaserade och rikstäckande uppgifter om skolfrånvaro³⁶ i svenska skolor, vilket begränsar möjligheterna till uppföljning och analys av frånvarons betydelse för barns och ungas hälsa och livsvillkor. Enkätundersökningar och dialoger som genomförts inom ramen för utredningen visar på ett tydligt behov av sådana uppgifter, särskilt för att möjliggöra ekonomiska analyser och för att följa samhällsliga förutsättningar för hälsa.

I SOU 2025:8 föreslås inrättandet av ett nationellt frånvaroregister som ska utvecklas och förvaltas av Skolverket. Det föreslagna registret bör enligt utredningen om stärkt trygghet och studiero i skolan omfatta förskoleklassen, grundskolan, anpassade grundskolan, specialskolan, sameskolan, gymnasieskolan och anpassade gymnasieskolan.³⁷

Utredningen bedömer att detta förslag är viktigt för att kartlägga och synliggöra frånvarons samhällskonsekvenser. Ett nationellt frånvaroregister skulle ge bättre förutsättningar för att genomföra ekonomiska analyser och utvärdera insatser inom skolområdet.

9.8 Kostnader för insatser inom hälso- och sjukvården

Som framkommit i utredningens kartläggning av databehoven saknas ett rikstäckande individbaserat register över kostnader för besök och insatser inom hälso- och sjukvården. Sammanställda individbaserade data över kostnader för offentligfinansierade vårdbesök och insatser finns hos vissa av regionerna. Huruvida dessa kostnader är sammanställda i databaser ser olika ut beroende på region. Som tidigare beskrivits förvaltar SKR en databas över kostnad per patient (KPP). KPP-databasen är dock inte heltäckande för samtliga vårdområden.

Det finns ett behov bland myndigheter och aktörer som genomför olika typer av ekonomiska analyser och effektutvärderingar på

³⁶ Enligt SOU 2025:8 föreslås att skolförordningen och gymnasieförordningen ska definiera giltig respektive ogiltig frånvaro. Frånvaro är giltig om den sker på grund av sjukdom eller på grund av beviljad ledighet. Frånvaro av annat skäl är ogiltig. Skolan kan betrakta även frånvaro som är anmäld som ogiltig.

³⁷ Det finns även ett pågående regeringsuppdrag hos SCB som rör avsaknaden av nationella data och kunskap om skolsystemet. En viktig faktor som kommer undersökas inom ramen för uppdraget är möjligheten att samla in data om elevens skolfrånvaro, diarienummer A2023/1960.

folkhälsoområdet att få bättre tillgång till data över individens vårdkostnader. Nationella data över vårdkostnader skulle även kunna vara till nytta för verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården.

9.9 Uppgifter om insatser inom socialtjänsten

Trots kommunernas uppgiftsskyldighet och Socialstyrelsens uppdrag att samla in uppgifter till socialtjänstregistren har det under lång tid bedömts föreligga ett behov av en samlad nationell statistik för socialtjänsten. Socialstyrelsen har vid flertalet tillfällen påtalat bristerna i den nuvarande statistiken och behovet av en nationell statistik för att skapa förutsättningar för utvecklingen av socialtjänsten i landet.³⁸ De uppgifter som samlas in till de fem socialtjänstregistren är uppgifter om beslutade insatser, men nationell statistik över lokala behov och resultatet av förmedlade insatser samlas inte in för nationella statistikändamål.³⁹ Även den rättsliga regleringen som möjliggör statistikinsamling från kommunerna har beskrivits som splittrad och inte tillräckligt sammanhållen.⁴⁰

Mot bakgrund av det identifierade behovet av en stärkt nationell statistikinsamling inom socialtjänsten lämnade *Utredningen om Framtidens socialtjänst* år 2020 förslag om att det införs en ny lag om socialtjänstdataregister. Förslaget om en ny lag om socialtjänstdataregister är i linje med utredningens förslag att socialtjänsten ska vara kunskapsbaserad, alltså bedrivs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. För att möjliggöra en sådan inriktning för socialtjänsten, framhåller utredningen behovet av att stärka den officiella statistiken inom socialtjänsten genom införandet av en ny lag om socialtjänstdataregister.⁴¹

I juni 2024 lämnades ett förslag om ett samlat regelverk för ett nationellt socialtjänstdataregister.⁴² Samtidigt gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att förbereda för införandet av en socialtjänstdataregisterlag genom att ta fram en beskrivning av tänkbara informationsmängder som kan vara del av det kommande registret och

³⁸ Ds. 2024:13 s. 13.

³⁹ SOU 2020:47 s. 565.

⁴⁰ Ibid s. 608.

⁴¹ Ibid s. 608 ff.

⁴² Ds. 2024:13 s. 13.

hur dessa ska dokumenteras. Uppdraget ska slutredovisas den 30 januari 2026.

I enlighet med resultaten från den omfattande behovsanalysen av socialtjänstdata som presenteras i SOU 2020:47 och Ds 2024:13, visar utredningens kartläggning på stort behov av förbättrad tillgång till uppgifter om insatser inom socialtjänsten. Bättre tillgång till nationella data är en viktig förutsättning för att kunna genomföra ekonomiska analyser av sociala insatser av olika slag och därmed stärka en kunskapsbaserad socialtjänst.

9.10 Uppgifter om sjukfrånvaro, arbetade timmar, arbetslöshetsförsäkringar och arbetsmarknadsinsatser

Utredningens kartläggning visar på ett stort behov av uppgifter över korttidssjukfrånvaro, det vill säga sjukfrånvaro mellan sjukdag 1–14, för att stärka uppföljning av folkhälsan genom ekonomiska analyser och effektutvärderingar. Information om korttidssjukfrånvaro ger viktig kunskap om både individens sjukfrånvaromönster samt samhällets kostnader för olika sjukdomar och tillstånd. Exempelvis kan längre sjukskrivningar och ohälsa ibland föregås av upprepade episoder av korttidssjukfrånvaro.⁴³ Uppgifter om korttidssjukfrånvaro är viktiga för att få en helhetsbild av effekter på hälsa och kunskaper över samhällskostnader som olika tillstånd och sjukdomar ger upphov till samt för att förstå hur olika folkhälsoinsatser kan påverka denna.

Andra viktiga data för att förbättra förutsättningarna för ekonomiska analyser och effektutvärderingar på folkhälsoområdet är rikstäckande individbaserade uppgifter om arbetade timmar (framför allt information om deltid och heltidsarbete). Uppgifter om deltidsarbete är betydande för samhällets förståelse för bland annat könsskillnader på arbetsmarknaden⁴⁴ och effekter av sjukdomar och tillstånd.

Ytterligare behov av data över arbetsmarknadsutfall avser deltagande i arbetsmarknadsinsatser. Att arbetslöshet har en negativ påverkan på såväl den fysiska som den psykiska hälsan är dokumen-

⁴³ SKR 2018.

⁴⁴ Jämställdhetsmyndigheten 2022.

terat i flera vetenskapliga studier.⁴⁵ Huruvida arbetsmarknadsinsatser har förmåga att motverka ohälsa är mindre beforskat⁴⁶ men både positiva, negativa och uteblivna effekter har dokumenterats.⁴⁷

I dagsläget saknas uppgifter om deltagande i arbetsmarknadsinsatser från andra aktörer än Arbetsförmedlingen, såsom kommuner eller trygghetsorganisationer. Behov av rikstäckande och individbaserade uppgifter över kommunala (och andra aktörers än Arbetsförmedlingens) arbetsmarknadsinsatser har identifierats i utredningar som berör nyttjande av de sociala trygghetssystemen och deltagande i arbetsmarknadsinsatser.⁴⁸

Slutligen finns det även behov av rikstäckande uppgifter om utbetalningar av privata arbetslöshetsförsäkringar. Heltäckande uppgifter om arbetslöshetsförsäkringar är betydande för kunskap kring de samhälleliga förutsättningarna till försörjning vid och återgång i arbete efter arbetslöshet samt kunskap om sambandet mellan försäkringsnivån och ersättningsperiodens längd.⁴⁹

9.11 Livsvillkor och levnadsvanor

Information om levnadsvanor och livsvillkor utgör en viktig förutsättning för att kunna följa utvecklingen av riskfaktorer för ohälsa i befolkningen samt för att möjliggöra ekonomiska analyser inom folkhälsoområdet.⁵⁰ Det finns dock begränsat med sådana uppgifter i befintliga hälsodataregister och andra register. Urvalsundersökningar är därför av central betydelse för att samla in denna typ av information.

Utredningens kartläggning visar att det råder brist på individbaserade och longitudinella data om levnadsvanor och livsvillkor som kan kombineras med andra datakällor. Bland enkätundersökningar på området finns utmaningar kopplade till låg svarsfrekvens, samt att flera undersökningar genomförs alltför sällan för att möjliggöra kontinuerlig uppföljning av levnadsvanor över tid.

⁴⁵ Se exempelvis Eliason & Storrie 2009, Browning & Heinesen 2012 & Sullivan & von Wachter 2009.

⁴⁶ Se exempelvis Hall m.fl. 2024.

⁴⁷ Se exempelvis Puig-Barrachina mfl. 2020.

⁴⁸ SOU 2025:15 s. 1053 f.& Ds. 2024:29 s. 75.

⁴⁹ ESO 2011.

⁵⁰ Dir. 2024:21.

I enkätsvaren och dialogerna lyfts ett tydligt behov av att samla in mer detaljerade och frekventa uppgifter om levnadsvanor som matvanor, fysisk aktivitet, bruk av tobaks- och nikotinprodukter, alkoholkonsumtion samt BMI. Det påtalas särskilt att kunskapsluckor finns kring levnadsvanor hos barn, unga, äldre och bland personer med funktionsnedsättning.

Det har samtidigt blivit svårare att samla in data via enkäter generellt sett, där bortfallet ibland är systematiskt – det vill säga ojämnt fördelat mellan olika grupper i befolkningen. Detta innebär att traditionella metoder för att kompensera för bortfall inte alltid är tillräckliga för att säkerställa representativa resultat.⁵¹ Därutöver finns grupper som är särskilt svåra att nå men som löper högre risk för ohälsa, vilket ytterligare förstärker behovet av att kunna följa deras situation.

9.12 Patientrapporterade utfallsmått

Utredningen bedömer att EQ-5D bör ingå som ett standardiserat frågeformulär i någon av de nationella befolkningsundersökningarna, exempelvis den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (HLV). Vidare bedömer utredningen att EQ-5D bör användas mer systematiskt i de nationella kvalitetsregistren, särskilt inom områden som berör levnadsvanor.

Utredningen bedömer att versionen med fem svarsalternativ, EQ-5D-5L, används, eftersom denna ger en mer detaljerad och känslig mätning av hälsorelaterad livskvalitet jämfört med den äldre varianten med tre svarsalternativ (EQ-5D-3L). Slutligen bedömer utredningen att en statlig aktör bör ges i uppdrag att ta fram riktlinjer för värdering av hälsoprofiler utifrån EQ-5D. Uppgifter från EQ-5D skulle möjliggöra jämförelser av HRQoL över tid och mellan olika grupper, samt förbättra skattningar av HRQoL på befolkningsnivå. Ett utökat och systematiskt införande av EQ-5D i såväl befolkningsundersökningar som kliniska datakällor skulle ge bättre förutsättningar för ekonomiska analyser inom folkhälsoområdet. Det skulle i sin tur stärka möjligheterna att följa upp jämlikhet och effektivitet i folkhälsopolitiken.

⁵¹ Se exempelvis van den Berg m.fl. 2006.

9.13 Behov av nationella förteckningar över tillgängliga data som förvaltas av myndigheter

Utredningen bedömer att det finns ett behov av en samlad och tillgänglig förteckning över datakällor med relevans för folkhälsan, som förvaltas av statliga myndigheter och andra förvaltningsmyndigheter. En sådan förteckning saknas i dagsläget.⁵² En fullständig och uppdaterad översikt skulle stärka förutsättningarna för uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken, bland annat genom förbättrade möjligheter till ekonomiska analyser. Den skulle även underlätta forskning, policyutveckling och innovation på folkhälsoområdet.

En sådan förteckning kommer delvis att möjliggöras genom artikel 51 i EHDS. Sedan 26 mars 2025 finns det krav på minimikategorier av elektroniska hälsodata för sekundäranvändning. Artikel 51 EHDS lyder:

Hälsodatainnehavare ska göra följande kategorier av elektroniska hälsodata tillgängliga för sekundäranvändning i enlighet med detta kapitel:

- a) Elektroniska hälsodata från elektronisk hälsodokumentation.*
- b) Data om faktorer som påverkar hälsan, inklusive socioekonomiska, miljömässiga och beteendemässiga bestämningsfaktorer för hälsan.*
- c) Aggregerade uppgifter om hälso- och sjukvårdsbehov, resurser som avsatts för hälso- och sjukvård, tillhandahållande av och tillgång till hälso- och sjukvård, utgifter för och finansiering av hälso- och sjukvård.*
- d) Data om patogener som påverkar människors hälsa.*
- e) Hälso- och sjukvårdsrelaterade administrativa data, inbegripet om expediering, ersättningsanspråk och ersättningar.*
- f) Genetiska data, epigenomiska data och genomdata.*
- g) Andra humanmolekylära data, såsom proteomiska, transkriptomiska, metabolomiska, lipidomiska och andra omiska data.*
- h) Elektroniska hälsodata med personuppgifter som automatiskt genererats genom medicintekniska produkter.*

⁵² SCB har en förteckning över alla statistikprodukter som ingår i Sveriges officiella statistik.

- i) *Data från hälsoapplikationer.*
- j) *Uppgifter om yrkesstatus, specialisering och organisation för hälso- och sjukvårdspersonal som deltar i behandlingen av en fysisk person.*
- k) *Data från register över hälsodata för befolkningen, såsom folkhälsoregister.*
- l) *Data från medicinska register och register över dödlighet.*
- m) *Data från kliniska prövningar, kliniska studier, kliniska undersökningar och prestandastudier som omfattas av förordning (EU) nr 536/2014, Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2024/1938 (35), förordning (EU) 2017/745 och förordning (EU) 2017/746.*
- n) *Andra hälsodata från medicintekniska produkter.*
- o) *Data från register för läkemedel och medicintekniska produkter.*
- p) *Data från forskningskohorter, frågeformulär och undersökningar med anknytning till hälsa, efter det första offentliggörandet av resultaten från dessa.*
- q) *Hälsodata från biobanker och tillhörande databaser.*

Utredningen bedömer att de krav på kategorisering av elektroniska hälsodata som anges i EHDS kommer underlätta för ekonomiska analyser på folkhälsoområdet. Samtidigt kan det finnas ytterligare behov av löpande inventering och sammanställning av befintliga datakällor med bäring på folkhälsoområdet. Exempelvis kan det behövas uppgiftsplikt att rapportera in de data som förvaltas hos myndigheter med bäring på folkhälsoområdet till berörd myndighet, förslagsvis Folkhälsomyndigheten. Detta skulle gynna genomförandet av ekonomiska analyser och effektutvärderingar på folkhälsoområdet.

10 Ett dynamiskt ramverk för ekonomiska analyser och effektutvärderingar på folkhälsoområdet

I detta kapitel beskrivs de metodologiska, praktiska och etiska utmaningar som präglar ekonomiska analyser inom folkhälsoområdet. För att belysa viktiga förutsättningar för ett enhetligt hälsoekonomiskt ramverk har utredningen bett ett antal forskare och experter inom nationalekonomi, hälsoekonomi och etik att tillsammans författa en antologi.¹ Författarna är verksamma bland annat vid TLV, IFAU, Folkhälsomyndigheten, Göteborgs universitet, Linköpings universitet, Lunds universitet och Uppsala universitet.

Antologin fokuserar på vilka metoder och antaganden som är tillämpbara inom folkhälsoområdet, både ur ett teoretiskt och ett praktiskt perspektiv. Den innehåller bland annat rekommendationer om vilka metodologiska ansatser som är mest lämpliga vid ekonomiska utvärderingar, en lathund för hur folkhälsopolitiken kan utvärderas, resonemang kring diskontering av hälsa, etiska principer, samt fördelningsaspekter i ekonomiska analyser.

Kapitlet sammanfattar de viktigaste slutsatserna från antologin. Varje avsnitt lyfter fram olika metodologiska, praktiska eller etiska aspekter av att utvärdera folkhälsoinsatser. Syftet är att ge vägledning i hur ekonomiska analyser och närliggande metoder kan användas, vilka utmaningar som finns och hur de kan hanteras.

Slutligen presenteras ett avsnitt om osäkerhet i ekonomiska analyser samt förslag på en checklista för transparenta och jämförbara

¹ Bilaga 3 innehåller hela antologin med fördjupande analyser och komplett referensförteckning. Författarna ansvarar själva för innehåll, analys och slutsatser i respektive kapitel.

analyser, liksom råd om hur resultaten kan kommuniceras till beslutsfattare

10.1 Ett enhetligt ramverk för utvärderingar inom folkhälsa: Utmaningar och metodologiska överväganden

Hälsoekonomiska utvärderingar utgör i dag en viktig del av beslutsunderlaget i hälso- och sjukvården, men frågan är om dessa metoder fullt ut är tillämpbara på folkhälsopolitikens område. I detta avsnitt ges en översikt över hur och när ekonomiska utvärderingar kan användas för att ge beslutsfattare kunskapsunderlag vid bedömning av kostnadseffektivitet och prioriteringar mellan olika alternativa investeringar inom folkhälsoområdet. Här diskuteras både teoretiska och praktiska aspekter av att använda hälsoekonomiska utvärderingsmetoder som stöd för prioriteringar inom folkhälsoområdet och huruvida dessa metoder kan behöva anpassas beroende på frågeställningen.

De följande avsnitten introducerar grunderna i ekonomiska utvärderingar och redogör för den teoretiska och metodologiska diskussion som de senaste åren förts inom det hälsoekonomiska fältet. Syftet är att identifiera lärdomar som kan bidra till utvecklingen av ett ramverk för ekonomisk utvärdering av folkhälsoinsatser. Dessutom diskuteras hur metodval och utgångspunkter påverkar vilka resultat som erhålls och hur dessa resultat bör tolkas i en folkhälsopolitisk kontext.

Avsnittet baseras på bilaga 3 kapitel 1 författad av Martin Henriksson och Mikael Svensson.

10.1.1 Metodval och utgångspunkter vid ekonomiska analyser och utvärderingar inom folkhälsoområdet – några grundläggande teoretiska utgångspunkter

Nationalekonomisk teori brukar hänvisa till Paretokriteriet för att avgöra om en åtgärd leder till en samhällelig förbättring eller försämring. Enligt Paretokriteriet leder en åtgärd till en samhällelig förbättring om nyttan ökar för någon person i samhället utan att den samtidigt minskar för någon annan. Eftersom offentliga investeringar

ingar ofta innebär att det är någon som får det sämre av en viss åtgärd, exempelvis att alla skattebetalare är med och betalar för en åtgärd som vissa skattebetalare kanske motsätter sig, är Paretokriteriet begränsande för att utvärdera offentliga investeringar.

Kaldor-Hicks-kriteriet säger att en åtgärd leder till en samhällelig förbättring om de personer vars nytta av en åtgärd ökar ("vinnarna") kan kompensera de personer vars nytta minskar ("förlorarna") och vinnarna fortfarande önskar att åtgärden genomförs. Skulle kompensationen utföras i praktiken skulle det även leda till att Pareto-kriteriet uppfylls.

Kostnadsintäktsanalys

Kostnadsintäktsanalys, som syftar till att försöka identifiera och mäta alla tänkbara konsekvenser av en insats och dess alternativa insatser, har historiskt motiverats utifrån Kaldor-Hicks kriteriet. Att styra prioriterings- och investeringsbeslut utifrån Kaldor-Hicks-kriteriet innebär att alla åtgärder med ett positivt nuvärde av alla fördelar minus alla kostnader, bör genomföras. Detta kan anses praktiskt eftersom det möjliggör användning av kostnadsintäktsanalys som underlag för att bedöma samhällseffekter av olika åtgärder och investeringar.

För att kunna värdera konsekvenserna på ett enhetligt sätt i en kostnadsintäktsanalys uttrycks konsekvenserna i monetära termer. Värderingen bygger på betalningsviljeansatsen som försöker fånga hur konsekvenserna kan översättas till monetära termer. För varor och tjänster som handlas på en vanlig marknad kan marknadspriset användas som en uppskattning på detta värde, men för många insatser inom folkhälsoområdet saknas marknadspriser. Forskare och utredare kan genom direkta och indirekta metoder försöka skatta betalningsviljor för olika konsekvenser.

När den insats som ska utvärderas har identifierats i en kostnadsintäktsanalys, och även dess relevanta jämförelsealternativ, beräknas nettovärdet av en investering enligt nedan:

$$\sum_{t=0}^T \frac{(\Delta B_t - \Delta C_t)}{(1+r)^t}$$

ΔB_t fångar hur mycket fördelarna ökar med insatsen jämfört med jämförelsealternativet årligen, och ΔC_t visar hur kostnaderna förändras med åtgärden jämfört med jämförelsealternativet årligen och r betecknar den samhällliga diskonteringsränta som används. Om fördelarna med insatsen överväger kostnaderna anses insatsen leda till en samhälllig förbättring.

Eftersom kostnadsintäktsanalys ofta används som underlag för prioriteringsbeslut innan besluten fattas, baseras många av fördelarna och kostnaderna på skattningar och modellering av vad som mest sannolikt kommer ske i framtiden.

Kostnadsintäktsanalys har under årtionden använts på ett systematiskt sätt som beslutsunderlag inom svensk infrastrukturspolitik och även i mindre utsträckning inom områden som samhällsskydd och beredskap och miljö. Däremot har kostnadsintäktsanalys inte fått ett stort genomslag inom hälso- och sjukvården eller inom folkhälsopolitiken. I stället har kostnadseffektivitetsanalyser varit den metod som framför allt används inom de områdena.

Kostnadseffektivitetsanalys

Kostnadseffektivitetsanalys skiljer sig främst från kostnadsintäktsanalys med avseende på hur effekterna från alternativa insatser mäts och värderas. Resultaten från en kostnadseffektivitetsanalys uttrycks oftast i termer av en kostnadseffektivitetskvot (ICER, Incremental Cost-Effectiveness Ratio), se ekvationen nedan.

$$ICER = \frac{\sum_{t=0}^T \frac{\Delta C_t}{(1+r)^t}}{\sum_{t=0}^T \frac{\Delta E_t}{(1+r)^t}}$$

Förändringen av effekterna av en insats (ΔE_t) värderas med ett icke-monetärt effektmått, som exempelvis minskade dödsfall eller färre fallolyckor, eller med ett mått som kombinerar effekter på liv och hälsa såsom kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs). En ICER tolkas som kostnaden för att vinna ytterligare en enhet av det effektmått som används.

Till skillnad från kostnadsintäktsanalys, kan inte resultaten från en kostnadseffektivitetsanalys direkt användas för att säga om en insats leder till en samhälllig förbättring eller inte, utan en besluts-

regel behövs för att avgöra vad som är en rimlig kostnad för att vinna en ytterligare hälsoeffekt.

I litteraturen listas ofta ett antal krav som behöver ställas på utvärderingarna för att de ska anses vara relevanta för att utgöra underlag för beslut, såsom relevant jämförelsealternativ och relevant evidens. För att kunna tillgodogöra kraven krävs ofta att simuleringsmodeller används för att skatta kostnader och hälsoeffekter på längre sikt.

Val av utfallsmått

Ett av de vanligaste utfallsmåtten vid hälsoekonomiska utvärderingar inom hälso- och sjukvård är QALY, vilket är ett mått som tar hänsyn till både livslängd och den hälsorelaterade livskvaliteten under denna livslängd. Livslängden mäts i år och hälsorelaterad livskvalitet mäts med ett index där noll anses motsvara död och ett anses motsvara bästa möjliga hälsotillstånd.

Kritik i litteraturen mot att värdera hälsa i QALYs utgår från argument som att personer värderar en QALY olika beroende på om det primärt drivs av en ökning i livslängd eller i livskvalitet, att värdet bör bero på utgångspunkten i livskvalitet eller att det kan vara diskriminerande mot grupper med sämre ursprunglig livskvalitet. Beroende på vilket instrument som har använts för att mäta livskvalitetsaspekten i QALY fångas olika dimensioner av hälsa upp. Många instrument saknar dock frågor kring till exempel social samvaro, delaktighet i samhället eller erfarenheter av diskriminering.

Det har dock visat sig vara mycket svårt att formulera andra alternativa mått till QALY som löser kritiken utan att skapa nya inkonsekvenser och antaganden som strider mot rimliga prioriteringsgrunder.

I kapitel 10 diskuteras alternativa utfallsmått till QALY och dess betydelse vid ekonomisk utvärdering av folkhälsoinsatser.

Budgetbegränsande sektorer och tolkning av kostnadseffektivitet

Om hälso- och sjukvårdens primära uppgift är att generera mesta möjliga hälsa givet en fast budget, kan alternativkostnaden för att investera i en ny behandling uttryckas som den hälsa som förloras

när annan vård inte blir av eftersom resurserna läggs på den nya behandlingen.

Om marginalkostnaden för att producera en QALY i sjukvårdssystemet är känd, kan det värdet representera ett tröskelvärde för kostnadseffektivitet. Denna ansats innebär att om en ny behandling ska implementeras i hälso- och sjukvården som kostar mer per vunnet QALY än marginalkostnaden, leder det till att hälsa förloras – pengarna hade kunnat generera mer hälsa om de investerades någon annanstans.

Det är viktigt att poängtera att tröskelvärdet för kostnadseffektivitet inte ska blandas ihop med vad som kan anses vara en acceptabel kostnad per vunnet QALY i enskilda beslut, eftersom accepterad kostnad per vunnet QALY vid beslut påverkas av andra faktorer såsom exempelvis svårighetsgrad. Om budgeten inte antas vara fast, och kostnaden för en ny insats därmed inte tränger undan andra insatser i vården, kan kostnadseffektivitet i stället definieras genom konsumtionsvärdet av hälsa (betalningsviljan för en QALY).

Effekter i multipla sektorer

Förebyggande och behandlande insatser i hälso- och sjukvården får effekter inom flera samhällssektorer. Metoddiskussionerna kring vilket perspektiv som är relevant vid hälsoekonomiska utvärderingar handlar ofta om vilka kostnader som bör tas hänsyn till i en analys. Om analysen vidgas och ytterligare en sektor inkluderas och resursfördelningen på kort sikt inte kan antas vara flexibel är alternativkostnaderna i de olika sektorerna beroende av vilka resurser som finns tillgängliga samt effektiviteten i respektive sektor.

Detta illustrerar en del av utmaningarna med samhällsperspektivet – att formellt inkorporera och väga samman relevanta alternativkostnader i olika sektorer är inte nödvändigtvis enkelt, framför allt om det inte går att transferera resurser mellan sektorerna. Det väcker också frågor kring hur hälsa ska värderas i relation till konsumtion och andra nyttigheter som produceras i andra sektorer.

10.1.2 Diskussion

En generell slutsats är att vad som utgör en kostnadseffektiv behandling inom hälso- och sjukvården kan bero på val av perspektiv och antaganden om vad som ska ingå i analysen. Det är också av central betydelse om insatser har som uttalat syfte att maximera ett specifikt utfall. Kostnadseffektivitetsanalyser med syfte att maximera ett visst utfall inom en budgetbegränsad sektor kan bli begränsande om inte utfall och konsekvenser i andra sektorer beaktas. Detta kan ha stor betydelse för utvärderingar av insatser inom folkhälsoområdet.

Den andra slutsatsen är att den ansats som väljs för utvärderingen måste vara kompatibel med vilka utgångspunkter som anses relevanta. Alltså, att definiera vad som är det uttalade syftet med folkhälsoinsatser för att kunna förespråka vilken ansats till utvärdering som är ändamålsenlig. Beslutsunderlagen riskerar att vara irrelevanta om inte den valda ansatsen för utvärderingen är kompatibel med de reella utgångspunkterna.

I tabell 10.1 presenteras ett exempel på en utvärderingsmatris som kan användas som metodstöd och ska ses som ett tvådimensionellt verktyg där karaktären på insatsen kan beskrivas tillsammans med förväntad påverkan i olika samhällssektorer.

I cell 1 i matrisen återfinns en hälsoekonomisk utvärdering i form av en kostnadseffektivitetsanalys med QALY som utfallsmått. Cellerna 1, 2 och 3 representerar utvärderingar som kan behöva beakta sektorspecifika utfall i olika sektorer. Om vi till exempel vill utvärdera en insats för att förebygga gängkriminalitet kan ett första steg vara att definiera vilka sektorer som påverkas och i vilken utsträckning; skall cellerna 9–12 beaktas i den ekonomiska utvärderingen och vilka utfallsmått anses relevanta?

Utvärderingsmatrisen kan eventuellt ge ett stöd för hur olika folkhälso- och hälso- och sjukvårdspolitiska insatser kan jämföras mot varandra. En insats för att förhindra rökning hos ungdomar kanske primärt utvärderas i cell 1 i matrisen medan en insats för en tryggare skolmiljö kanske primärt utvärderas i cell 7 eller 11.

Tabell 10.1 Exempel på utvärderingsmatris som metodstöd

Olika typer av folkhälsointerventioner

Sektorer som påverkas av samhället	Primärt inriktad på hälsa (exempelvis ADHD-behandling, rökstopp)	Primärt inriktad på hälsa och andra effekter (exempelvis alkoholprevention)	Primärt inriktad på andra effekter (exempelvis prevention gängkriminalitet)
Rättsväsendet Sektorsspecifika utfall Kostnader för rättsväsendet	4	8	12
Utbildning Sektorsspecifika utfall Kostnader i utbildningssektorn	3	7	11
Privat konsumtion Primärt utfall förändrade konsumtionsmöjligheter	2	6	10
Sjukvård Primärt utfall hälsa (QALYs) Hälsa- och sjukvårdskostnader	1	5	9

Ekonomiska utvärderingar kan inte ge svaret på hur de här avvägningarna ska göras men kan bidra med så tydliga beslutsunderlag som möjligt om utfallen i de olika sektorerna. Tillförlitliga skattningar av betalningsviljan för utfall i olika sektorer kan också understödja sådana prioriteringsbeslut.

Ett enhetligt ramverk för utvärderingar av folkhälsoinsatser kan inte baseras på en enda metodologisk ansats. Ett enhetligt ramverk behöver vara dynamiskt eftersom ekonomiska utvärderingar är underlag för beslut som är präglade av stor heterogenitet.

Lärdomar från hälsoekonomiska utvärderingar inom hälso- och sjukvården visar på vikten av att tydliggöra vilka utgångspunkter som ligger till grund för resultaten för att beslutsfattare ska kunna tolka dessa och även förstå vilka avvägningar de står inför.

10.1.3 Utredningens slutsatser och bedömningar

Ekonomiska analyser som kostnadseffektivitetsanalys eller kostnads-intäktsanalys är centrala verktyg för att skapa beslutsunderlag. En allmän utgångspunkt är att ekonomiska utvärderingar i princip kan göras inom alla områden som berör folkhälsa, men eftersom folk-

hälsoinsatser ofta påverkar flera sektorer kan en strikt tillämpning av budgetspecifika tröskelvärden bli missvisande. I dessa fall bör kostnader och effekter redovisas sektorsvis och tolkas i relation till vilken aktör som bär kostnaden respektive får nyttan.

Ekonomiska utvärderingar inom folkhälsoområdet bör i första hand utgå från ett samhällsekonomiskt perspektiv. Vidare bör val av metod för den ekonomiska utvärderingen utgå från den specifika frågeställningen och tillgången till relevanta data, eftersom det inte finns någon enskild metod som är universellt tillämplig för ekonomiska utvärderingar inom folkhälsoområdet. Det innebär att vissa metoder kan vara mer ändamålsenliga inom vissa områden än andra. Därför är det av stor vikt att tydligt redogöra för såväl metodval, relevant utfall och för det perspektiv som ligger till grund för utvärderingen.

Det är viktigt att tydliggöra vilka sektorer som finansierar en insats, under vilka tidsperioder detta sker, samt vilka effekter som uppstår i respektive sektor och hur effekterna mäts. En sådan sektorspecifik och tidsbunden redovisning av kostnader och effekter skulle kunna bidra till att skapa incitament för samfinansiering av förebyggande insatser mellan olika aktörer. Att kostnaden uppstår i en sektor och nyttorna i en annan bör inte begränsa möjligheterna att genomföra folkhälsoinsatser som är samhällsekonomiskt lönsamma. För att möjliggöra detta i praktiken bör innovativa finansieringsmodeller närmare undersökas.

Prioriteringar mellan interventioner inom samma domän är enklare och mer vanliga än att explicit utnyttja ekonomiska analyser för beslut som är sektorsövergripande. Eftersom det inte finns en universell metod för ekonomisk utvärdering inom folkhälsoområdet behöver horisontella prioriteringar göras på liknande sätt som för andra frågor av tvärssektoriell karaktär.

10.2 Hur kan vi mäta effekter och kostnader från folkhälsoinsatser?

Folkhälsoarbetet är ofta svårt att utvärdera med samma metoder som används inom hälso- och sjukvården och läkemedelsområdet. Nya läkemedel och behandlingar utvärderas ofta genom randomiserade kontrollerade studier (RCT) på individnivå, en design som oftast

betraktas som mest tillförlitlig för att etablera kausala samband. Inom folkhälsoområdet är RCT däremot mindre tillämpbara och därför också mindre vanliga. En viktig begränsning är att effekterna av hälsofrämjande och preventiva insatser ofta uppstår först på lång sikt, vilket gör att tidsbegränsade studier i bästa fall fångar så kallade proxymått, en indikator, snarare än faktiska hälsoutfall. När insatsen dessutom avser hälsans förutsättningar innebär det att den kausala kedjan har flera länkar, från insats till beteendeförändring och vidare till hälsokonsekvenser, vilket ytterligare komplicerar analysen. Efter som många folkhälsoinsatser dessutom är befolkningsinriktade, det vill säga riktade till hela eller stora delar av befolkningen, är det svårt att identifiera kontrollgrupper.

Trots att det kan vara utmanande att utvärdera folkhälsoinsatserns effekter finns flera etablerade metoder att tillgå. Exempelvis kan pilotverksamhet och kvasi-experimentella metoder, i kombination med detaljerade longitudinella registerdata, användas även inom folkhälsoområdet.

Mot den bakgrunden belyser detta avsnitt de praktiska och metodologiska förutsättningarna för att utvärdera folkhälsoinsatser. Fokus ligger på både ex-ante- och ex-postutvärderingar, det vill säga utvärderingar som genomförs före respektive efter att ett investeringsbeslut fattats och en insats genomförts. Inledningsvis beskrivs metoder för att analysera effekter av insatser, därefter hur dessa metoder kan tillämpas för att utvärdera både effekter och kostnadseffektivitet av folkhälsoinsatser.

Avsnittet baseras på bilaga 3 kapitel 2, författad av Anders Forslund och Inna Feldman.

10.2.1 Metoder för att utvärdera effekter av folkhälsopolitiska insatser

För att kunna genomföra effektutvärderingar behöver ett antal förutsättningar vara uppfyllda. Exempelvis behöver en viss tid ha förflutit sedan införandet för att eventuella effekter ska hunnit uppstå och kunna mätas. Oavsett vilken typ av ekonomisk utvärdering av en folkhälsoinsats som ska genomföras, krävs en trovärdig skattning av såväl insatsens kausala effekter som av dess kostnader.

Gemensamt för alla metoder som försöker skatta kausala effekter är att de förutsätter att utfallen för en försöksgrupp kan jämföras

med utfallen för en kontrollgrupp, där kontrollgruppens egenskaper är så jämförbara som möjligt med de hos försöksgruppen.

De två vanligaste metoderna för att skatta effekter är ITT – intention to treat, och ATT – average treatment effect on treated. ITT är en metod för att skatta effekten för alla som tilldelas en insats, medan ATT skattar effekten för de som deltagit och följt insatsen.

De metoder som beskrivs i detta avsnitt handlar alla om att skatta effekter för de individer som erbjuds en insats eller deltar i en insats, men det ger nödvändigtvis inte hela bilden av de effekter som kan uppstå. Effekter kan också uppstå bland de som inte får del av en insats, såsom exempelvis vid vaccinationsinsatser där en ovaccinerad individ gynnas av att andra individer vaccinerats mot en smittsam sjukdom. Ett annat exempel är att folkhälsoinsatser som syftar till att minska alkoholmissbruk väntas få effekter bortom individen, som för familj och i arbetssammanhang.

Det är viktigt för beslutsfattare att vara medvetna om potentiella brister i studier, både vad gäller grad av tillförlitlighet och huruvida slutsatserna är överförbara till andra grupper eller sammanhang, eftersom bristfälliga studier kan vara otillräckliga som beslutsunderlag. Brister i tillförlitlighet innebär att det finns en osäkerhet i den effekt som skattas. Brister i överförbarhet innebär att det finns frågetecken kring om resultaten kan generaliseras bortom det sammanhang och den population som undersökningen bygger på. Ofta genomförs effektskattningar på mindre studiepopulationer, där det inte är självklart om resultaten är överförbara till större populationer, som befolkningen i stort. Tillförlitligheten beror dessutom på i vilken utsträckning de grundläggande antagandena för den valda metoden är uppfyllda.

Nedan ges en kort redogörelse över olika metoder.

Randomiserade kontrollerade studier

I randomiserade kontrollerade studier (RCT) fördelas individer slumpmässigt till antingen en försöksgrupp, som får ta del av insatsen, eller en kontrollgrupp.² De som randomiserats till kontrollgruppen får vanligtvis ingen behandling eller annan aktiv behandling beroende på vilken jämförelse som anses relevant för frågeställningen.

² Randomisering kan ske på både individ- och gruppnivå.

Eftersom fördelningen är slumpmässig innebär det att fördelningen av individernas egenskaper i de två grupperna blir densamma och därmed att eventuella skillnader i utfall mellan grupperna beror på insatsen.

En fördel med RCT är att effekten av insatsen enkelt kan beräknas genom att jämföra utfallen i försöksgruppen med utfallen i kontrollgruppen. Effektskattningarna har i regel hög tillförlitlighet – intern validitet. En slumpmässig fördelning av erbjudande om att delta i en insats, betyder dock inte att valet att delta i insatsen är slumpmässig. Det är därför viktigt att skatta effekten av erbjudandet om att delta (ITT).

En nackdel med RCT är att deltagarna inte alltid är representativa för den population som i praktiken kommer att få behandlingen, vilket begränsar möjligheten att generalisera resultaten. Den externa validiteten är därmed inte nödvändigtvis hög.

En annan nackdel är att det kan bli administrativt krävande, och generellt tenderar RCTs vara kostsamma och de behandlande populationerna små eftersom kostnaderna ökar med försökets storlek. RCTs kan också vara förenade med etisk problematik, både eftersom designen i sig kan påverka försökspersonerna och att om en insats visar sig ha en god effekt kan det vara svårt att etiskt försvara att inte både grupperna får ta del av den. Om märkbara skillnader uppstår mellan behandlade och kontrollgruppen vad gäller effekt av insatsen kan RCTn behöva avslutas i förväg. Så länge kunskapsläget är osäkert, det vill säga innan det finns evidens för insatsens effekt och kostnadseffektivitet, kan det vara etiskt motiverat att genomföra försök (eller stegvisa implementeringar) för att undersöka om en insats leder till önskvärda effekter. Detta möjliggör en systematisk utvärdering av effekter innan insatsen rullas ut brett.

Genomförandet av RCT

Att genomföra RCT är resurskrävande och bör genomföras utifrån ett i förväg publicerat protokoll, som detaljerat beskriver hur studien kommer att genomföras för att säkerställa vetenskaplig kvalitet och etisk integritet. En RCT ställer krav på en samordnande funktion och det finns en rad olika uppgifter som krävas av den samordnande funktionen:

1. Etisk prövning måste genomföras innan försöket påbörjas.
2. De som deltar i försöket det vill säga forskningsindivider måste informeras om hur och varför försöket ska genomföras.
3. Randomisering måste ske på föreskrivet sätt.
4. Vid insatser som inte kan blindas ska de som deltar som forskningsindivider informeras om vilken grupp de randomiserats till.
5. Löpande uppföljning av att insatsen tilldelats deltagarna enligt försöksprotokollet.
6. Försöket måste dokumenteras, vad gäller såväl hur försöket genomförts som de data som ska analyseras.

Det krävs också en hög grad av samarbete mellan forskare och berörda aktörer. Studieprotokollet bör bland annat innehålla instruktioner för hur data ska samlas in på ett enhetligt sätt för samtliga deltagare, samt en klausul som anger under vilka förutsättningar försöket bör avbrytas, exempelvis om det i ett tidigt skede framkommer att insatsen är skadlig för deltagarna.

Metoder för att utvärdera insatser med kvasiexperimentella metoder och observationsdata

Det finns andra metoder än RCT för att skatta kausala effekter, där kvasi-experimentella ansatser och analyser av observationsdata används. Gemensamt för metoder som försöker skatta kausala effekter från observationsdata är att antaganden görs om att det är slumpmässigt vilka individer som får ta del av en insats.

Det finns flera fördelar med kvasiexperimentella metoder jämfört med RCT. För det första är de i regel billigare, eftersom redan insamlade registerdata kan nyttjas. För det andra är metoderna praktiska eftersom de inte kräver ett samarbete med den aktör som genomför insatsen. Slutligen medför kvasiexperimentella metoder sällan etiska utmaningar³ när det kommer till att allokera deltagare till olika grupper eftersom insatserna redan är genomförda och data hämtas huvudsakligen från befintliga register.

Nedan följer en redogörelse för olika kvasi-experimentella metoder.

³ Användandet av registerdata kräver i regel etikprövningstillstånd från Etikprövningsmyndigheten.

Regressionsdiskontinuitetsdesign

Regressionsdiskontinuitetsdesign (RDD) kan användas när deltagandet i en insats är beroende av en regel, såsom att individer under en viss brytpunkt, såsom exempelvis ålder, inte får ta del av en insats, men individer över brytpunkten får ta del av den. Exempelvis kan RDD användas för att utvärdera effekten av att personer som är 65 år och äldre får erbjudande om avgiftsfri influensavaccinering.

En fördel med RDD är att urvalet av deltagare beror på en mätbar beslutsregel som också kan framstå som transparent och rätts-säker. Det är också möjligt att kombinera olika beslutsregler till ett index eller att använda flera brytpunkter i analysen.

Effekten av en insats mäts sedan genom att jämföra individer som precis uppfyllt kraven för att få ta del av insatsen, med de som precis inte uppfyller kraven. Antagandet är att grupperna är väldigt lika och effektskattningarna har i allmänhet god tillförlitlighet (hög intern validitet). En annan fördel med RDD är att analysen inte är beroende av data som täcker tiden före insatsen.

Nackdelar med RDD är att det måste finnas förhållandevis många individer nära brytpunkten för att mätningarna ska bli tillförlitliga, och att brytpunkten inte får sammanfalla med andra redan existerande begränsningsregler för andra insatser. Brytpunkten får inte manipuleras, exempelvis genom att individer uppger felaktiga uppgifter för att kunna ta del av en insats.

Eftersom brytpunktsanalyser mäter effekter för de individer som befinner sig nära brytpunkten, kan det finnas oro för den externa validiteten – exempelvis att individerna på sidorna av brytpunkten är annorlunda än övriga populationen och att resultaten därmed inte är generaliserbara för andra grupper.

En förutsättning för att kunna tillämpa metoden är att det som specificerar begränsningen är känt och följs. Det finns ingen entydig regel för hur många individer som behöver delta i en insats för att uppnå tillräcklig precision i effektskattningarna. Däremot gäller generellt att ju mindre den förväntade effekten är, desto större mängd data krävs för att uppnå tillräcklig statistisk styrka. Till skillnad från RCT innebär en ökad volym inte nödvändigtvis en proportionell ökning av kostnaderna vid kvasi-experimentella studier.

Även vid kvasi-experimentella studier som RDD är det viktigt att uppgifter om insatsens kostnader samlas in, för att kunna avgöra om en insats har en rimlig kostnad i relation till effekten.

Differences in differences

Differences in differences (DiD) metoden kan tillämpas eftersom många insatser och reformer har regelverk som innebär att vissa individer påverkas, medan andra inte gör det. De som påverkas utgör försöksgruppen och de som inte påverkas blir kontrollgruppen. Kontrollgruppen kan användas för att fånga upp effekter av allt annat, förutom insatsen, som ändras över tid och effekten av insatsen skattas genom att subtrahera jämförelsegruppens förändring från försöksgruppens.

Grupperna kommer inte vara perfekt jämförbara, eftersom det ofta finns en anledning till att en insats inte erbjuds alla i en population. Exempelvis kan en insats erbjudas till alla individer med ett blodtryck över ett visst gränsvärde. Det grundläggande antagandet i DiD metoden är att de grupper som fått ta del av insatsen skulle ha haft en liknande utveckling över tid, om inte insatsen hade införts. Det gör det möjligt att isolera effekten av själva insatsen från andra förändringar i omvärlden.

DiD kan användas i situationer där väldefinierade grupper erbjuds respektive inte erbjuds en insats, som exempelvis vid en stegvis implementering av reformer. En fördel med DiD är att metoden ger relativt goda förutsättningar att identifiera trovärdiga orsakssamband. En nackdel är att det kan vara svårt att hitta grupper som med hög sannolikhet skulle ha följt en likartad utveckling om insatsen inte hade genomförts. Ansatsen kan vara mindre lämplig för att studera långtidseffekter av insatser.

En stegvis introduktion av insatser sker vanligen i olika regioner, och förutsätter ett urval av deltagande regioner. Urval och fördelning av insatser kan med fördel utföras av en centralt utförande myndighet, men om en sådan saknas kan en särskild organisation behöva inrättas.

Utvärderingen av insatser som införs stegvis behöver att data samlas in både före och efter insatsens införande. Även kostnadsdata behöver samlas in.

Matchningsmetoder

Matchningsmetoder används för att skatta kausala effekter när tillgängliga data gör det möjligt att beakta både de faktorer som påverkar sannolikheten att få en insats och de faktorer som påverkar utfallet. Metoden kan beskrivas som ett försök att skapa ”statistiska tvillingar”, vilka är lika i alla mätbara relevanta avseenden och även har samma sannolikhet att ta del av den studerade insatsen. Eftersom de har samma sannolikhet att ta del av insatsen är det slumpmässigt vem som gör det. Eventuella skillnader mellan de som tar del av insatsen och de som inte gör det kan därmed tillskrivas deltagandet.

En fördel med matchningsmetoder är att de är användbara i alla situationer där det finns tillgång till detaljerad information om individerna i försöksgruppen så att ”tvillingar” enkelt kan identifieras för att jämföra med. Metoden kan genomföras med begränsade resurser. En nackdel med metoden är att den endast ger korrekt skattade effekter om data faktiskt innefattar alla faktorer som spelar roll både för att ta del av insatsen och hur insatsen är förknippad med olika utfall.

Administrativt innebär matchning ingen, eller minimal, extra belastning, men det är viktigt att det finns möjlighet att länka individuppgifter till registerdata.

Interrupted time series

Vid Interrupted time series (ITS) används data från både innan och efter att en insats införts. Tanken är att använda data för tiden före insatsen för att skatta en tidsseriemodell som kan extrapoleras till efter-perioden och fungera som en kontrollgrupp. Skillnaden mellan den faktiska utvecklingen och den predicerade blir då ett mått på insatsens effekt. En sådan metod kan användas när händelser inträffar som påverkar alla i populationen samtidigt, som exempelvis för att undersöka COVID-19:s påverkan på den psykiska hälsan i befolkningen.

En fördel med ITS är att skattningar av kausala effekter kan göras under antagandet om att den faktiska utvecklingen inte har påverkats av andra faktorer än insatsen. ITS fungerar även sämre om insatsen introduceras gradvis eller vid flera separata tidpunkter.

Utfallsdata behöver finnas tillgängliga för en väl tilltagen period innan den studerade insatsen implementeras för att en ITS ska kunna genomföras.

10.2.2 Tillämpning av hälsoekonomiska metoder inom folkhälsoområdet

Effektutvärderingar behövs för att bedöma om en åtgärd är kostnadseffektiv. Nedan beskrivs hur effektutvärderingar används som en del av ekonomiska utvärderingar på folkhälsoområdet, samt hur ekonomiska utvärderingar kan genomföras när befintliga effektuppskattningar saknas.

RCT-baserade ekonomiska utvärderingar

Det är relativt ovanligt att folkhälsoinsatser utvärderas genom RCT. Däremot baseras effekterna i ekonomiska utvärderingar ofta på resultat från RCT när sådana data finns tillgängliga. I ekonomiska analyser samlas två sorters data in, för kostnad och utfall, där kostnader syftar på kostnaderna för insatsen och utfall både kan räknas om till monetära termer eller som hälsoeffekter. Kostnaderna för insatsen bör samlas in under projekttiden och vilka kostnader som inkluderas beror på syfte och avgränsning av insatsen och vilket perspektiv som används. Den valda tidshorizonten baseras ofta på studieperioden.

Hälsoutfall bör bestämmas i förväg och det är ofta önskvärt att mäta förbättringar i hälsorelaterad livskvalitet i kombination med effekt på livslängd genom att uttrycka effekterna som QALY. Hälsoeffekter mäts dock ofta i endimensionella enheter såsom andel personer som slutar röka, ökad andel som är fysiskt aktiva och liknande.

Registerbaserade ekonomiska utvärderingar

Registerdata kan användas i många olika typer av ekonomiska utvärderingar genom att utnyttja befintliga svenska register med data om olika samhällsinsatser. Mer information finns i kapitel 11 om hur registerbaserade data, så kallade Real-world data kan användas för att studera olika frågeställningar inom folkhälsoområdet.

Registerbaserade utvärderingar är generellt sett resurseffektiva och lämpar sig väl för storskaliga analyser. De ger också goda förutsättningar att genomföra kostnadseffektivitetsanalyser. Även vid registerbaserade utvärderingar behöver dock både kostnaderna och effekterna av en insats beräknas. Kostnader för att införa en insats kan behövas beräknas separat, men övrig information kan oftast hämtas direkt från register. Även avgränsningar och val av perspektiv (budgetperspektiv eller samhällsperspektiv) behöver göras.

Den valda tidshorisonten samt jämförelsealternativet bestäms ofta utifrån tillgången till registerdata.

Modellbaserade ekonomiska utvärderingar

Modellbaserade ekonomiska utvärderingar används ofta vid utvärdering av folkhälsoinsatser. De vanligaste modellerna är Markov-modeller, beslutsträdsmodeller och diskreta händelse-simuleringar. Det finns också scenariomodelleringar där antaganden görs om förändringar i riskfaktorer som bidrar till positiva hälsoutfall.

Modellbaserade utvärderingar förlitar sig på olika datakällor, som data från RCT, observationsstudier och epidemiologiska uppföljningsstudier. Valet av modellerings teknik beror på syfte med utvärderingen, tidsperspektivet och tillgången till data.

Markovmodeller är matematiska ramverk som representerar händelseförlopp som övergår mellan ett begränsat antal tillstånd över tid. Markovmodeller används i stor utsträckning för modellering av både smittsamma och icke-smittsamma sjukdomar. På senare tid har Markovmodeller använts inom folkhälsoområdet, exempelvis för att modellera hälsoekonomiska utfall för interventioner som syftar till att förbättra levnadsvanor. Ett av de viktigaste antagandena i Markovmodeller är övergångs-sannolikheterna som bestämmer sannolikheten av att flytta individer från ett tillstånd till ett annat i modellen.

En beslutsträdsmodell är ett visuellt verktyg som visar olika alternativ och deras möjliga resultat, både i hälsotermer och monetära termer. Beslutsträd kan bara modellera en enkel process med begränsat tidsperspektiv.

Scenariomodellering används för att räkna på de samhällsekonomiska effekter som kan uppstå genom att förekomst av vissa hälso-

bestämningsfaktorer i befolkningen förändras. Genom att använda epidemiologiska data tillsammans med uppgifter om befolkningens riskfaktorer går det att göra prognoser för framtida sjuklighet och även beräkna relaterade samhällskostnader och hälsoeffekter.

10.2.3 Diskussion

För att möjliggöra en mer kunskapsbaserad folkhälsopolitik är det nödvändigt att i högre grad planera och genomföra systematiska utvärderingar av folkhälsoinsatser. Trots de utmaningar som präglar utvärdering på folkhälsoområdet finns det en rad väletablerade och validerade metoder för att bedöma både effekter och kostnadseffektivitet. Genom att exempelvis använda kvasi-experimentella metoder i kombination med detaljerade registerdata kan insatser utvärderas med hög trovärdighet.

För att främja utvärdering av folkhälsopolitiken behöver vi skapa utvärderingsbara reformer vilket innebär ett systematiskt arbetssätt redan i uppstartsfasen av den tilltänka insatsen. Till exempel bör överväganden om målgrupp, jämförelsegrupp och data tillgång göras tidigt i processen.

Förutom att utvärdera effekter behöver utvärderingar också relateras till insatsens kostnader. Det är avgörande att de metoder som används för utvärdering är anpassade till den aktuella insatsen och att resultaten tolkas i relation till dess syfte och sammanhang. Samtidigt har alla metoder sina begränsningar, och resultaten är ofta behäftade med viss osäkerhet, vilket måste beaktas i den samlade bedömningen inför prioriteringsbeslut.

Sammanfattningsvis behöver bättre förutsättningar för utvärdering förankras i varje steg av processen – från idé till genomförande. Ett nära samarbete mellan beslutsfattare, implementerande myndigheter och forskare är avgörande för att folkhälsoinsatser ska kunna följas upp och utvärderas på ett sätt som stödjer långsiktiga och evidensbaserade prioriteringar.

10.2.4 Utredningens slutsatser och bedömningar

I syfte att skapa en mer kunskapsbaserad folkhälsopolitik finns det skäl att utveckla arbetet med att utvärdera folkhälsoinsatser inom hela folkhälsoområdet. För att få en mer heltäckande bild av insatserns effekter och kostnader krävs både ex-ante- och ex-postutvärderingar. Det handlar alltså både om att kunna utvärdera redan införda insatser, för att kunna fortsätta att investera i insatser som är kostnadseffektiva samtidigt som att de insatser som inte leder till önskad effekt eller kostnadseffektivitet ska kunna avslutas, och om att utvärdera insatser innan de införs.

Dels finns ett behov av att genomföra pilotverksamhet och experimentella studier för att kunna bedöma effekter innan bred implementering sker, dels finns det behov av att använda kvasi-experimentella metoder i kombination med den högkvalitativa administrativa data som finns tillgänglig i Sverige.

Införandet av nya och resurskrävande reformer, där effekter och kostnadseffektivitet ännu inte är kända, bör i regel föregås av en analys av hur uppföljning och utvärdering kan säkerställas. Även om det inte alltid är möjligt att utvärdera varje enskild insats, finns det ofta goda möjligheter att utforma och genomföra insatser på ett sätt som möjliggör systematisk uppföljning. Det är därför viktigt att redan i planeringsfasen skapa förutsättningar för att följa upp både effekter och kostnader. Att utforma insatser så att de är utvärderingsbara kräver politisk vilja, långsiktig finansiering och ett tydligt uppdrag för berörda myndigheter samt ett nära samarbete med akademien. Det ställer också krav på beslutsfattare att kunna dra tillbaka insatser om de visar sig inte ge upphov till de effekter som eftersträvas, eller om effekterna är för små.

10.3 Diskontering vid ekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser

Diskontering används för att göra kostnader och hälsoeffekter som inträffar vid olika tidpunkter jämförbara. Diskontering kan ha stor påverkan på resultaten från ekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser eftersom kostnaderna ofta uppstår omgående medan hälsoeffekterna uppstår först i framtiden. Detta gör att kostnadseffektiviteten av preventiva insatser många gånger skattas som lägre än för

behandlande insatser, vilket kan leda till att preventiva insatser inte prioriteras lika högt.

Vad som främst diskuteras och debatteras kring diskontering i ekonomiska utvärderingar är nivån på diskonteringsränta, om kostnader och hälsoeffekter ska diskonteras med samma ränta och om räntenivån ska minska över tid eller vara konstant.

Ett skäl för att tillämpa diskontering i ekonomiska utvärderingar är individers rena tidspreferens, alltså otåligheten i att individer vill konsumera i dag snarare än i framtiden. Konceptet med positiva tidspreferenser kan användas för att förstå individers beslutsfattande kring beteenden som påverkar den egna hälsan, såsom rökning eller överätande. Det kan också användas för att förstå samhällets fördelning av resurser till att främst täcka behandlingar som räddar liv i dag snarare än preventiva insatser som potentiellt kan rädda fler liv i framtiden. Det finns flera anledningar att föredra att hälsoeffekter uppstår snart i tid snarare än i framtiden, till exempel osäkerhet om framtiden som gör att individen föredrar att leva i dag snarare än att tänka på framtiden, men även osäkerhet kring framtida teknik och hälsoinnovationer. Diskontering kan i viss mån motiveras av osäkerheter som inte kan modelleras i en ekonomisk utvärdering.

I detta avsnitt analyseras effekterna av att kostnader och hälsoeffekter diskonteras vid ekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser. Avsnittet baseras på bilaga 3 kapitel 3, författad av Ellen Wolff och Egill Jonsson Bachmann.

10.3.1 Två sätt att härleda diskonteringsräntan

Det är två modeller som främst används för att härleda diskonteringsräntan; Ramsey-ekvationen och marknadsräntor (real interest rate).

Ramsey-ekvationen härleder nivån på diskonteringsräntan genom att ta hänsyn till sociala tidspreferenser (att nytta föredras tidigare snarare än senare), elasticiteten för marginalnytta (den takt som marginalnyttan av konsumtion minskar med nivån på konsumtion), och tillväxttakten för konsumtion per capita enligt nedan:

$$\rho = \delta + \eta g$$

Där ρ är den ränta till vilken samhället diskonterar framtida händelser, δ är den rena tidspreferensen, η är elasticiteten för marginalnytta och g tillväxttakten för konsumtion. Elasticitet för marginalnyttan och tillväxttakten av konsumtion per capita kan i princip härledas från data, men den rena tidspreferensen är inte observerbar och måste bestämmas explicit.

Den andra modellen för att bestämma nivån på diskonteringsräntan utgår från marknadsräntan. Huvudargumentet för denna modell är att den kommer spegla den faktiska alternativkostnaden för de resurser som används vid en insats.

Huvudargumentet för att i stället använda Ramsey-ekvationen är att samhällets preferenser eventuellt inte överensstämmer med marknadens räntor.

Det går att argumentera för att hälsa, och därmed hälsoeffekter, är en unik vara som inte kan handlas över tid eller investeras för att generera avkastning så som kapital kan. Däremot kan de resurser som tilldelas hälso- och sjukvårdssektorn, och som sedan genererar hälsoeffekter, användas och över tid generera avkastning. Att i stället för att investera resurser i hälsa i dag, investera i hälsa i framtiden, skulle därmed kunna leda till större hälsovinster framgent.

Ofta används alltså samma diskonteringsränta för kostnader och hälsoeffekter i ekonomiska utvärderingar, och när en differentierad diskonteringsränta rekommenderas används en lägre ränta för hälsoeffekter än för kostnader.

Eftersom resultaten från ekonomiska utvärderingar ofta presenteras som en inkrementell kostnadseffektivitetskvot (ICER) innebär det att den valda diskonteringsräntan för kostnader och den valda diskonteringsräntan för hälsoeffekter alltid står i relation till varandra.

10.3.2 Praktisk tillämpning av diskonteringsräntor

Vilken diskonteringsränta används av svenska myndigheter?

TLV rekommenderar i sina allmänna råd om ekonomiska utvärderingar (TLVAR 2003:2) en diskonteringsränta om tre procent för både kostnader och hälsoeffekter, samt att utföra kompletterande

känslighetsanalyser med noll och fem procents ränta.⁴ TLV anger inte någon källa eller referens till nivån på räntan eller hur den appliceras.

Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och SBU använder också en ränta på tre procent i sina utvärderingar och hänvisar till TLV:s allmänna råd.

Naturvårdsverket rekommenderar att använda en ränta på fyra procent i samhällsekonomiska analyser och känslighetsanalyser på en och två procent, medan Trafikverket rekommenderar en ränta på 3,5 procent. Trafikverkets rekommendation baseras på skattningar av Ramsey-ekvationen.

Vilken diskonteringsränta används i andra länder?

De flesta länder i Europa rekommenderar en diskonteringsränta för kostnader och hälsoeffekter som ligger kring tre procent, men det skiljer sig åt något mellan länder både vad gäller nivå på ränta och hur den appliceras. Det är värt att notera att Belgien motiverar sitt val av differentierad ränta, med en lägre nivå för hälsoeffekter, med att de vill undvika bestraffning av insatser vars hälsoeffekter uppstår i framtiden, såsom vid screening- och vaccinationsprogram.

Det faktum att den rekommenderade diskonteringsräntan varierar både mellan myndigheter i Sverige och mellan länder visar att en samsyn inte förekommer i det praktiska tillämpandet av diskontering i ekonomiska utvärderingar.

Hälsovinster i dag gentemot hälsovinster i framtiden

Diskonteringsräntan appliceras genom att multiplicera hälsoeffekt-erna (mätta som QALY) per år med uttrycket:

$$\frac{1}{(1+r)^t}$$

Där r är den valda diskonteringsräntan (exempelvis tre procent) och t är antalet år som förflutit från att insatsen infördes.

⁴ TLV:s allmänna råd om ekonomiska utvärderingar (TLVAR 2003:2) har ändrats genom TLVAR 2017:1.

Om ett QALY diskonteras med 1,5 procent årligen värderas ett QALY om 10 år till 0,86 och om 50 år till 0,48. Det innebär att ett QALY om 50 år endast är värt ungefär hälften av ett QALY i dag. Om diskonteringsräntan i stället är satt till tre procent, värderas ett QALY som 10 år till 0,74 och om 50 år till 0,23. Med en dubblad diskonteringsränta (från 1,5 procent till tre procent) minskar värdet av ett QALY med ytterligare ungefär 50 procent.

I arbetet med kapitlet utvecklades även en simuleringsmodell för att illustrera hur diskontering påverkar resultaten av en ekonomisk utvärdering av en insats när hälsoeffekter uppstår vid olika tidpunkter. I analysen simulerades två olika situationer som skiljde sig åt endast med hänsyn till när i tid som hälsoeffekterna av en insats uppstod: i situation 1 uppstod hälsoeffekterna omgående, medan de i situation 2 uppstod först efter 15 år.

Resultaten visade att den valda diskonteringsräntan och hur den applicerades hade stor inverkan på beslutssituationen i situation 2, när effekterna uppstod först 15 år efter insatsen, medan diskonteringsräntan inte hade lika stor inverkan i situation 1 när effekterna uppstod omgående.

Däremot var det tydligt att även om beslutet inte påverkades i situation 1, alltså om det var kostnadseffektivt eller inte givet den valda betalningsviljan, innebar ändå en varierad diskonteringsränta att resultaten, presenterade som kostnad per vunnet QALY, varierade kraftigt.

10.3.3 Diskussion

Insatser inom folkhälsoområdet kan innebära att hälsoeffekterna uppstår långt in i framtiden, eller att de kvarstår under en längre tid. När hälsoeffekter som uppstår i framtiden diskonteras innebär det att de får ett lägre värde än hälsoeffekter som uppstår närmare i tid till insatsen. Eftersom kostnaderna däremot uppstår direkt innebär det att kostnadseffektiviteten, mätt som kostnad per vunnen hälsoeffekt (hälsoeffekter ofta mätta som kvalitetsjusterade levnadsår: QALY), blir sämre för folkhälsoinsatser än för insatser där även hälsoeffekterna uppstår omgående. Inte alla folkhälsoinsatser, eller förebyggande insatser, leder dock till att hälsoeffekterna uppstår först i framtiden.

Det råder större osäkerheter kring de hälsoeffekter som uppstår i framtiden jämfört med de som uppstår i dag. Det råder också osäkerhet kring hur tillgången till framtida alternativa behandlingar eller insatser, som potentiellt kan förbättra eller återställa hälsan i större utsträckning än i dag, kommer att se ut. Ett sätt att hantera den osäkerheten i ekonomiska utvärderingar är genom diskontering.

I Sverige följer de flesta myndigheter och forskare som utför ekonomiska utvärderingar inom hälsoområdet TLV:s rekommendation om att applicera samma diskonteringsränta för kostnader och hälsoeffekter på tre procent årligen och genomför sedan känslighetsanalyser med andra nivåer på räntan. Det bör samtidigt noteras att exempelvis Naturvårdsverket och Trafikverket använder andra nivåer på diskonteringsräntan. Det finns ett uppenbart problem att framtida hälsa värderas olika beroende på vilken myndighet som utför analysen, vilket också gör jämförbarheten mellan de olika sektorerna svårare. Givet ett prioriteringsbeslut mellan två insatser i de olika sektorerna som i framtiden generar lika mycket hälsa, och till samma kostnad, skulle den insats som utvärderas med en lägre diskonteringsränta framstå som mer gynnsam.

Även om de flesta höginkomstländer rekommenderar en ränta kring tre procent finns det en viss variation mellan länder, både i nivå av diskonteringsränta och hur den appliceras – om det är samma för kostnader och hälsoeffekter och om den är konstant över tid. Det gör att jämförbarheten mellan länder försvåras och innebär att resultaten från ekonomiska utvärderingar genomförda i andra länder alltid måste tolkas i ljuset av vilken ränta som använts.

Sammanfattningsvis bedömer antologiförfattarna att TLV:s rekommenderade diskonteringsränta på tre procent för både kostnader och hälsoeffekter inte bör ändras i nuläget, och att det inte heller finns skäl att tillämpa en lägre ränta för hälsoeffekter än för kostnader i ett grundscenari. Konsekvenserna av att ändra den rekommenderade diskonteringsräntan behöver undersökas ytterligare innan sådana ändringar görs, eftersom det kommer ha en påverkan på resultaten i ekonomiska utvärderingar. En lägre ränta för hälsoeffekter skulle också leda till större utgifter inom hälso- och sjukvårdssektorn eftersom fler insatser skulle anses vara kostnadseffektiva om inte betalningsviljan justeras ned samtidigt.

Det är viktigt för beslutsfattare att vara medvetna om vilken effekt som diskontering av framtida kostnader och hälsoeffekter

har på resultaten från en ekonomisk utvärdering. Det finns därför anledning att genomföra känslighetsanalyser av diskonteringsräntans påverkan på resultaten från en ekonomisk utvärdering och beakta detta vid prioriteringsbeslut.

Eftersom diskontering kan ha stor påverkan på resultaten från ekonomiska utvärderingar av förebyggande insatser och insatser inom folkhälsoområdet finns det anledning att vara extra uppmärksam på effekten av diskontering i dessa analyser och att vara transparent i den sammanvägda bedömningen av hur diskontering har påverkat prioriteringsbeslutet.

10.3.4 Utredningens slutsatser och bedömningar

Många insatser inom folkhälsoområdet karaktäriseras av att kostnaderna uppstår relativt omgående medan hälsoeffekterna och dess eventuella besparingar uppstår antingen över en längre tid eller först i framtiden. Det innebär att diskontering av såväl framtida kostnader som hälsoeffekter kan ha stor påverkan på resultaten från ekonomiska utvärderingar av insatser på folkhälsoområdet. Mot bakgrund av detta anser utredningen att det finns skäl att vara extra uppmärksam på effekten av diskontering vid denna typ av insatser, både för att belysa effekten av diskontering och för att beslutsfattare ska kunna ta ställning till hur de vid prioritering värderar framtida kostnader och hälsoeffekter.

Utredningen bedömer att det är lämpligt att genomföra känslighetsanalyser med lägre diskonteringsvärden än de som i dag rekommenderas av TLV, förslagsvis 1,5 respektive 0 procent.

Det finns även anledning att se över hur diskonteringsränta tillämpas, och vilken ränta som används, mellan olika sektorer. Utredningen anser att det är problematiskt att framtida hälsa värderas olika beroende på inom vilken sektor den myndighet som utför analysen är verksam. Utöver det försvårar användningen av olika räntor jämförbarheten av effekter mellan olika sektorer, och även prioritering mellan sektorer.

Utredningen bedömer även att beslutsfattare bör vara transparenta med om och i så fall hur diskontering har påverkat beslutssituationen och prioriteringar mellan olika insatser.

10.4 Etiska principer för folkhälsoprioriteringar

Etiska principer spelar en avgörande roll som vägledning vid prioriteringar och vid bedömningar av rättviseaspekter och effektivitet. Det finns två huvudsakliga aspekter som skiljer folkhälsoetik från medicinsk eller klinisk etik inom hälsoområdet. Den första aspekten är att folkhälsoinsatser i stor utsträckning fokuserar på att förbättra hälsan för populationer, snarare än individer. Den andra aspekten är att folkhälsoinsatser ofta sker på initiativ från myndigheter eller företrädare för staten eller samhället, snarare än på initiativ av individer eller andra icke-statliga aktörer. I båda fallen väcker det speciella etiska frågeställningar för folkhälsoområdet.

I detta avsnitt ges en redogörelse för etiska aspekter kopplade till folkhälsoinsatser, med särskilt fokus på prioriteringsfrågor. Analysen tar sin utgångspunkt i tre centrala områden: hur begrepp som ”folk” och ”hälsa” bör förstås i ett folkhälsosammanhang; frågor om rättvisa och prioriteringar vid fördelning av resurser till folkhälsoinsatser samt frågor om legitimitet och individens autonomi i relation till folkhälsopolitiska åtgärder. Avsnittet baseras på bilaga 3 kapitel 4, författad av Lars Sandman.

10.4.1 Distributiv rättvisa och fördelning av resurser

Inom folkhälsoområdet är en central fråga hur samhället bör fördela begränsade resurser för att uppnå folkhälsa. Frågan knyter an till den teoretiska idén om distributiv rättvisa. Inom det filosofiskt-etiska fältet finns generella rättviseteorier som kan kopplas till folkhälsoområdet, vilka brukar delas in i två huvudsakliga kategorier.

Den första kategorin ger uttryck för en utilitaristisk inställning, det vill säga att vi ska maximera folkhälsan och därmed använda våra resurser så effektivt som möjligt för att realisera det värdet.

Den andra kategorin lägger vikt vid jämlikhet. I den kategorin finns egalitaristiska teorier som har primärt fokus på jämlikhet, antingen när det gäller förutsättningar för att uppnå god hälsa eller jämlikhet i utfall i termer av hälsa. I kategorin finns även prioritaristiska teorier kring överväganden mellan jämlikhet och effektivitet, eller om större vikt läggs vid de hälsovinster som sker i populationer som har sämre hälsa i utgångsskedet.

Slutligen finns så kallade sufficientaristiska teorier som lägger vikt vid att alla i en population bör uppnå en mininivå av god hälsa, men att skillnader utöver det kan ses som acceptabla.

Samtliga teorier behöver sedan förhålla sig till en begreppslogisk fråga kring vad hälsa är och hur den påverkas genom att fördela resurser på ett visst sätt. Teorierna behöver också förhålla sig till frågan om hur hälsa och andra värden förhåller sig till varandra, men även hur aggregerade mått på hälsa kan vara missvisande – exempelvis kan aggregerade mått såsom genomsnittlig förväntad återstående livslängd riskera att dölja relevanta skillnader i befolkningen som skillnader mellan män och kvinnor, olika etniska grupper eller socioekonomiska skillnader.

En annan etisk diskussion rör de mått som används för att mäta hälsa, såsom QALY (quality-adjusted life years), DALY (disability-adjusted life years) och DALE (disability-adjusted life-expectancy), och i vilken utsträckning de fångar viktiga aspekter av hälsa eller skillnader mellan populationer. Vissa hälsoekonomiska metoder kritiserar för att endast fokusera på att resurser används så effektivt så möjligt för att åstadkomma så mycket hälsa som möjligt och därmed missar viktiga aspekter kopplade till rättvisa och jämlikhet.

En annan fråga som rör rättvisa i samband med folkhälsoinsatser är när nytta och risker drabbar olika populationer, exempelvis när lågriskpopulationer vaccineras för att primärt skydda individer med hög risk att drabbas av tillståndet. Det finns dock en viss ömsesidighet i detta, eftersom en lågriskindivid i dag kan riskera att bli en högriskindivid i framtiden. Det kan också vara så att en grupp som redan har en god hälsa får utstå vissa risker som innebär en försämring av hälsa givet att det samtidigt gynnar en population som har en betydligt sämre hälsa i utgångsläget. Ett sådant resonemang kräver en bedömning av hur stora risker som kan accepteras och hur stora hälsovinster som motiverar dessa.

Det finns också en diskussion kring fördelning av resurser mellan hälsofrämjande eller förebyggande insatser och insatser som riktar mot grupper som redan har en ohälsa. Den frågan leder till en rad etiska frågeställningar kring värdering av hälsa i dag gentemot i framtiden, eller värdering av nutida populationer gentemot framtida populationer.

10.4.2 Legitimitet och ingrepp i människors liv

En central etisk aspekt i relation till folkhälsoinsatser är att många sådana insatser görs på initiativ av myndigheter och inte på initiativ av de personer som faktiskt berörs av insatsen. Det aktualiserar frågan huruvida den formen av ingrepp i människors liv är legitima eller inte. Ett argument för att det är legitimt är att den typen av insatser gynnar alla och är mest effektiva om det hanteras av samhället.

En generell fråga rör i vilken utsträckning det är etiskt acceptabelt med paternalism, det vill säga att begränsa friheten för en individ för hens eget bästa. Ett område som har diskuterats mycket de senaste åren är så kallad ”nudging” eller *knuff*, det vill säga att beslutsituationen riggas för att det ska underlätta vissa val framför andra.

Generellt handlar dessa diskussioner om hur det finns olika uppfattningar om vad som är ett gott liv. Accountability for reasonableness (A4R) är en ansats som försöker angripa problemet med att enas om en gemensam syn på centrala värden och hur dessa ska vägas mot varandra. Inom A4R föreslås att samhället bör skapa rättvisa procedurer som leder till gemensamma beslut även om det inte finns en gemensam syn på olika värden. I A4R kännetecknas en sådan procedur av fyra kriterier:

- **Transparens** – skälen för de beslut som fattas bör vara tillgängliga för alla berörda parter.
- **Relevans** – de argument som anförs för eller emot beslut bör vara sådana att de accepteras av alla ”fair-minded” medborgare som är motiverade att hitta gemensamma lösningar på den form av problem som diskuteras.
- **Omvärdering** – det bör finnas mekanismer för att ompröva besluten om det framkommer nya fakta i frågan.
- **Implementering** – det bör finnas mekanismer för att se till att besluten implementeras eller genomförs.

10.4.3 Etisk plattform för prioriteringar inom hälso- och sjukvården

År 1997 togs det beslut i riksdagen om att införa tre etiska principer i hälso- och sjukvårdslagen för att vägleda fördelning av hälso- och sjukvårdens resurser, som brukar refereras till som den etiska plattformen. I läkemedelsförmånslagen finns det en hänvisning till den etiska plattformen. Juridiskt reglerar den därmed beslut om folkhälsoinsatser som fattas inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen och läkemedelsförmånslagen, men inte självklart beslut som fattas under andra lagstiftningar.

Den etiska plattformen för prioriteringar består av tre principer och i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) återfinns de tre principerna i följande skrivningar:

- 3 kap. 1 § HSL: Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.
- 3 kap. 1 § HSL: Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.
- 4 kap. 1 § HSL: Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.

I propositionen lyfts även legitimitetsperspektivet. Det uttrycks som att när alla vårdbehov inte kan tillgodoses måste en mer öppen diskussion föras som gör prioriteringsgrunderna klara, och de värderingar som styr prioriteringar behöver kunna delas av flertalet i befolkningen.⁵

Människovärdesprincipen

Människovärdesprincipen är en grundläggande likabehandlingsprincip vars främsta syfte är att peka ut vad som inte bör tas hänsyn till vid prioriteringar. Förarbetena lyfter specifikt att hänsyn inte får tas till social situation eller funktion, ekonomisk situation, kronologisk ålder eller tidigare livsstil eller val, men ett visst utrymme ges

⁵ Prop. 1996/97:60.

för att ta hänsyn till biologisk ålder eller framtida livsstil eller val i den mån det påverkar behandlingsnyttan.

Behovs- och solidaritetsprincipen

Behovs- och solidaritetsprincipen säger att resurser bör fördelas efter behov. Behov tolkas som en kombination av svårighetsgraden hos tillstånden och patientnyttan av en insats. Solidaritetsdelen av principen tolkas dels som att lika möjligheter till vård bör eftersträvas, dels som att ett likvärdigt utfall bör eftersträvas. Den handlar också om att tillvarata intressen hos de grupper som själva har svårt att ge uttryck för sina behov.

Kostnadseffektivitetsprincipen

Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de andra principerna och exakt hur den rangordningen ska tolkas finns det en diskussion kring. I praxis har tolkningen inneburit att en större resursanvändning har accepterats för svårare hälsotillstånd – upp till en viss gräns, eftersom den finns en alternativkostnad för all resursanvändning, det vill säga att samma resurs hade kunnat användas för andra patienters behov.

Nationell modell för öppna prioriteringar

En första beskrivning av en nationell modell för prioriteringar publicerades 2007 och har sedan dess uppdaterats vid två tillfällen – den senaste 2017. Modellen togs fram i samverkan med Prioriteringscentrum, myndigheter, dåvarande landsting och professionsföreningar.

I modellen definieras ett prioriteringsobjekt (det som ska prioriteras) som en kombination av ett tillstånd och en åtgärd. Dessa kombinationer ska sedan rangordnas på en tiogradig skala genom att väga in följande:

- Tillståndets svårighetsgrad.
- Åtgärdens patientnytta, i relation till alternativa åtgärder.
- Åtgärdens kostnadseffektivitet, i relation till alternativa åtgärder.

- Kunskapsunderlaget för att bedöma patientnytta och kostnads-effektivitet.

Förslag till modell för horisontella prioriteringar

Under 2020 tillsattes en expertgrupp av Partnerskapet för kunskapsstyrning för att utarbeta en modell för att stärka arbetet med horisontella prioriteringar inom ramen för kunskapsstyrning och hösten 2023 presenterades en modell för horisontella prioriteringar som bygger vidare på den nationella modellen. Det viktigaste tillägget var att expertgruppen föreslog att utöver de dimensioner som motiveras av den etiska plattformen bör även genomförbarhetsdimensioner vägas in – det vill säga hur införande av en åtgärd påverkar resten av systemet utifrån vilka resurser som krävs. Modellen skiljer finansiella resurser från tidsresurser.

I den horisontella analysen blir faktorer som storleken på patientpopulationen och den totala påverkan på resurserna väsentliga att väga in, något som inte explicit tas hänsyn till i den etiska plattformen.

10.4.4 Tolkning av den etiska plattformen i relation till det folkhälsopolitiska målet

Det folkhälsopolitiska målet ger uttryck för en idé om jämlikhet som ligger nära det som på engelska kallas ”equity”, det vill säga att för att kunna skapa jämlika utfall behöver vissa grupper mer stöd och resurser än andra. Detta är i linje med den etiska plattformen för hälso- och sjukvården. Samtidigt finns en tanke kring ”equality” i det folkhälsopolitiska målet, alltså exempelvis att om det inte finns hälsoskäl för att behandla människor olika bör de behandlas lika, vilket också är i linje med den etiska plattformen.

Givet detta, finns det inget principiellt skäl till att den etiska plattformens principer inte skulle kunna tillämpas även på folkhälsopolitikens åtta målområden.

Specifika anpassningar av den etiska plattformen för att stödja folkhälsoinsatser

Den etiska plattformen såsom den presenterades i förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen har ett individfokus, även om det sägs att prioriteringar framför allt kommer att behöva ske på gruppnivå. Utifrån ett folkhälsoperspektiv kan ett oönskat hälsotillstånd ses som ett större folkhälsoproblem om det drabbar en större population. För att använda den etiska plattformen inom folkhälsoområdet bör storleken på populationen vägas in på ett systematiskt sätt.

I propositionen⁶ sägs det att hänsyn inte ska tas till en persons sociala funktion, eftersom det är oförenligt med principen om allas lika värde. Det kan tolkas som att den sociala situationen som det innebär att en grupp är missgynnad ur ett hälsoperspektiv inte får vägas in. Skrivningarna om vikten av lika utfall av hälsa kan tolkas som att resurser behöver fördelas för att kompensera för sämre förutsättningar för att åstadkomma likvärdig hälsa utifrån exempelvis socioekonomisk situation. Människovärdesprincipen kan tolkas som att om det finns skillnader i tillgång till vårdinsatser i patientgrupper med samma diagnos, finns det etiska skäl för att kompensera de grupper som är missgynnade.

På senare tid har det lyfts en diskussion kring huruvida indirekta effekter med koppling till den sociala situationen ska kunna vägas in, framför allt effekter på närstående. Med mål att förbättra hälsan i hela befolkningen, kan det vara relevant att vid val av två typer av insatser för populationer med lika stora behov och där insatsen har lika stor nytta, kan det finnas skäl för att välja den insats som utöver de direkta hälsoeffekterna för patienterna har störst indirekt effekter för närstående. Det kan dock vara svårt att bedöma svårighetsgrad eller behov för närstående till patientgruppen vilket i sin tur påverkar betalningsviljan.

Enligt människovärdesprincipen får hänsyn tas till biologisk men inte till kronologisk ålder. Detta har tolkats dels som att biologisk ålder kan användas vid bedömningar på individnivå, dels som att generella åldersbegränsningar behöver motiveras med hänvisning till biologiska skäl såsom att en insats inte har effekt, eller är för riskabel, över en viss ålder.

⁶ Prop. 1996/97:60.

I samband med folkhälsoinsatser kan andra åldersfrågor aktualiseras, såsom ifall det finns skäl att satsa på yngre populationer som kan göra en stor sammanlagd hälsovinst över livet exempelvis. Givet hur de etiska principerna har tolkats i svensk hälso- och sjukvård har detta vägts in, genom att QALY används vid ekonomiska utvärderingar där en yngre population kan förväntas vinna mer hälsa än en äldre population. En omdebatterad fråga är om kronologisk ålder kan vägas in vid bedömning av svårighetsgrad, som exempelvis att inkludera tid tills död.

I propositionen diskuteras även självförvårdade skador eller sjukdomar, och att val som gjorts tidigare i livet inte ska vägas in, bland annat för att det kan vara svårt för enskilda individer att bedöma orsakssamband i förväg. I det enskilda fallet kan det dock vara relevant att väga in livsstil när en bedömning av nyttan av en åtgärd ska göras, om det är så att patienten endast har nytta av åtgärden om beteendet ändras.

Centralt för tillämpningen av den etiska plattformen är bedömningen av svårighetsgrad, eftersom det styr vilken kostnadseffektivitetsnivå som kan accepteras. Det stöd som finns i propositionen om bedömning av svårighetsgrad är att den bör innehålla en bedömning av påverkan på livskvalitet och att varaktighet av ett tillstånd bör vägas in. I praxis har därför olika verktyg för svårighetsgradsbedömningar inom hälso- och sjukvården utvecklats, vilka även skulle kunna användas inom folkhälsoområdet. En viktig aspekt av bedömning av svårighetsgrad inom folkhälsoområdet är förhållningen till riskpopulationer, eftersom det ofta handlar om risk för att utveckla ett oönskat hälsotillstånd i framtiden. Den etiska plattformen tolkas allmänt av myndigheter som att betalningsviljan ska vara högre för insatser vid svårare tillstånd än för insatser vid lindrigare tillstånd. Tidigare arbeten har föreslagit att bedömningen av svårighetsgrad för insatser som minskar framtida risker för ohälsa ska viktas ned, men rapporten om horisontella prioriteringar föreslog i stället att det bör övervägas att bedöma svårighetsgrad för riskpopulationer utan viktning. Det skulle kunna få som effekt att förebyggande insatser skulle få högre accepterade kostnadseffektivitetströsklar än i dag. Det råder dock inte samsyn kring detta i nuläget.

Att inkludera produktivitetsförluster i ekonomiska utvärderingar kan anses gå emot människovärdesprincipens skrivningar till att inte ta hänsyn till kronologisk ålder eller social funktion. Eftersom de

folkhälsopolitiska målen kring arbete och inkomst kan tolkas som att det finns ett hälsovärde i att människor kan återgå till arbete eller ges möjlighet till arbete, finns det anledningar till att ta hänsyn till det när det gäller insatser för att utjämna skillnader mellan grupper som har olika förutsättningar till arbete och inkomst.

TLV fick 2023 i uppdrag av regeringen att stärka tillgången till läkemedel för sällsynta tillstånd. I det förslag som presenterades av TLV föreslås att gränsen för acceptabel kostnadseffektivitet kan höjas ytterligare om det rör sig om läkemedel där indikationen omfattar patienter med låg prevalens inom svensk hälso- och sjukvård, och där dessa patientgrupper har en mycket stor svårighetsgrad och läkemedlet har en kliniskt relevant patientnytta. Enligt uppdraget skulle en sådan stärkt tillgång ske utan att den totala budgeten för läkemedelsförmånen fick öka. Detta ledde till att TLV föreslog att även försäljningsvärdet av ett läkemedel och därmed den totala samhällsekonomiska kostnaden ska kunna vägas in vid prioritering av läkemedel för vanligare tillstånd. Detta innebär en ny tolkning av den etiska plattformen utifrån hur den beskrivs i förarbetena, där storleken på patientpopulationen kan vägas in som en prioriteringsgrund om det i sin tur påverkar den totala kostnaden för insatser och därmed leder till en högre alternativkostnad och risker för undanträngning av vård och insatser för andra berörda grupper.

Folkhälsoinsatser kan rikta sig mot en begränsad population, som exempelvis covid-19 vaccination för riskgrupper. I de fallen är det relativt oproblematiskt att tillämpa den etiska plattformen. Folkhälsoinsatser kan också vara av mer universell karaktär, som att säkerställa att kranvattnet håller en tillräckligt god kvalitet, vilka kan vara svårare att bedöma från etiska dimensioner. De som drabbas har olika svårighetsgrader och kan få olika grader av problem och om insatserna har långtgående och indirekta effekter kan även de vara svåra att bedöma och väga in i en prioriteringsbedömning.

Folkhälsoinsatser, framför allt de som har ett långt tidsperspektiv, är ofta förknippade med stora osäkerheter kring om insatserna har den påverkan på folkhälsan som önskas. Denna osäkerhet behöver vägas in vid prioritering av insatser. Kopplat till detta finns frågan om tidsperspektiv vid folkhälsoinsatser. I vissa fall berörs framtida populationer, eller generationer, och deras hälsa. Om diskontering tillämpas vid ekonomiska utvärderingar, finns det en risk att insatser som är avgörande för den framtida folkhälsan värderas ned.

Utifrån ett rättvise- och jämlikhetsperspektiv är det viktigt att väga in hur framtida populationer eller generationer påverkas av de insatser som övervägs. I nuläget saknas ett explicit sådant övervägande i den etiska plattformen.

10.4.5 Diskussion

Målen för hälso- och sjukvården och det övergripande folkhälso-politiska målet sammanfaller i termer av god och jämlikt fördelad hälsa. När det gäller folkhälsoarbete inom ramen för hälso- och sjukvårdens budget gäller den etiska plattformen. För folkhälsoarbete inom ramen för annan offentlig verksamhet, kan fortfarande grundtanken i den etiska plattformen tillämpas men det kan inom vissa målområden finnas konkurrerande rättviseuppfattningar eller etiska frågeställningar som innebär att en mer renodlad behovsbaserad fördelningsprincip inte kan tillämpas fullt ut.

När den etiska plattformen tillämpas för folkhälsoinsatser, finns det skäl att väga in storleken på populationen. Beslutsfattare bör vara uppmärksamma på att plattformen inte tillåter att en större population med ett lindrigt behov prioriteras högre än en mindre population med ett större behov. Däremot förefaller det mindre problematiskt att låta en stor population med ett genomsnittligt stort behov, väga tyngre än en mindre population med ett likaledes stort genomsnittligt behov.

En central faktor för att bedöma behovet är svårighetsgraden hos det aktuella tillståndet. På folkhälsoområdet finns det skäl att titta på ohälsa och hälsoeffekter över tid och därmed indirekt väga in kronologisk ålder hos de aktuella populationerna. Även tid till död kan vägas in. När det gäller risktillstånd finns det skäl att inte vikta ner svårighetsgraden med risken att drabbas av tillståndet, eftersom det kan missgynna förebyggande insatser.

Utifrån ett folkhälsoperspektiv är det även rimligt att väga in både direkta och indirekta hälsoeffekter av de insatser som görs.

För universella folkhälsoinsatser kan det vara svårt att tillämpa den etiska plattformens principer i detalj, men även i dessa fall är det möjligt att ha ett mer övergripande etiskt resonemang kring hur den typen av insatser kan relateras till det övergripande målet för folkhälsoarbetet eller något av de åtta målområdena.

Hur risk ska hanteras är ytterligare ett komplext område. Detta gäller såväl risken för framtida ohälsa som den resursmässiga risken som tas genom att satsa resurser på insatser med framtida utfall. I denna fråga finns det skäl att låta osäkerhet kring hur effektiv insatsen är påverka de resurser som kan läggas på insatsen. Hur framtida effekter och resurser ska diskonteras i ekonomiska utvärderingar är också en etisk fråga. Diskontering innebär att framtida hälsa värderas lägre än hälsa i dag, vilket i praktiken innebär att både individers framtida hälsa och framtida generationers hälsa ges ett lägre värde.

10.4.6 Utredningens slutsatser och bedömningar

Sammanfattningsvis sammanfaller målen för hälso- och sjukvården och det övergripande folkhälsopolitiska målet i ambitionen om en god och jämlikt fördelad hälsa. För det folkhälsoarbete som bedrivs inom hälso- och sjukvårdens ram gäller den etiska plattformen för prioriteringar. Däremot omfattas folkhälsoarbete inom andra delar av den offentliga verksamheten inte formellt av denna plattform.

Grundprinciperna i den etiska plattformen kan sannolikt tillämpas även i folkhälsoarbete utanför hälso- och sjukvården. Samtidigt kan det behövas vissa anpassningar eftersom förutsättningar, målgrupper och ansvar kan skilja sig åt mellan olika kontexter.

Mot denna bakgrund anser utredningen att det finns behov av en fördjupad analys av hur etiska principer bör tolkas och tillämpas vid prioriteringar inom folkhälsopolitiken, gärna med utgångspunkt i lagstiftningen inom centrala områden såsom utbildning, socialförsäkring och arbetsmarknad.

10.5 Ekonomiska utvärderingar med fördelningsfokus

Traditionella hälsoekonomiska metoder för att analysera kostnads-effektivitet tar inte hänsyn till fördelnings- och rättvisaspekter. Det finns dock nya metoder som integrerar både jämlikhets- och rättviseperspektiv i kostnadseffektivitetsanalyser.

I detta avsnitt ges en introduktion till, och en diskussion om, hur ekonomiska utvärderingar kan utformas för att beakta både effektivitet och rättvisa. Avsnittet baseras på bilaga 3 kapitel 5, författad av Gawain Heckley och Ulf Gerdtham.

10.5.1 Ekonomisk utvärdering med välfärdsteori som utgångspunkt

Välfärdsteori är ett ramverk för ekonomiska utvärderingar genom välfärdsanalys, där välfärdsanalys definieras som en systematisk analys av hur önskvärda olika åtgärder är ur ett samhällsperspektiv. Välfärdsteori är en normativ teori som bygger på två centrala värdeomdömen, där det ena utgår från individuella preferenser och det andra är Pareto-kriteriet, vilken säger att ett tillstånd betraktas som entydigt bättre relativt ett annat tillstånd om minst en individ får det bättre utan att någon annan får det sämre.

En fördel med Pareto-kriteriet är att det sannolikt kan accepteras av samhället, medan en nackdel är att det inte kan väga nyttovinster mot nyttoförluster mellan individer. I praktiken innebär det ett problem eftersom samhällsbeslut ofta resulterar i både vinnare och förlorare. En annan begränsning för Pareto-kriteriet är att det är neutralt gentemot samhälleliga ojämlikheter, vilket leder till ett behov av komplettering med mer kraftfulla välfärdsekonomiska verktyg för att ge beslutsfattare bättre stöd och vägledning vid prioriteringsbeslut.

Eftersom traditionell kostnadsintäktanalys bortser från fördelningsperspektivet är kopplingen till välfärdsanalys begränsad. Kostnadseffektivitetsanalys kan anses ha en ännu svagare koppling till välfärdsanalys än kostnadsintäktanalysen, eftersom fokus är på hälsa snarare än nytta och välfärd. Precis som den traditionella kostnadsintäktanalysen tenderar kostnadseffektivitetsanalysen att fokusera på genomsnittliga effekter och ignorerar vanligen fördelningsaspekter.

För att göra kostnadseffektivitetsanalys mer förenlig med välfärdsanalys, kan analysen kompletteras med ett jämlikhets- eller rättviseperspektiv: en analys med fördelningsfokus (Distributional Cost-Effectiveness Analysis, DCEA). Syftet med DCEA är att göra den ekonomiska utvärderingen mer nyanserad och heltäckande, eftersom både effektivitet och rättvisa kan beaktas.

10.5.2 Tillämpning av kostnadseffektivitetsanalys med fördelningsfokus (DCEA)

I en DCEA bedöms både insatsens kostnadseffektivitet och hur hälsovinster fördelas mellan olika grupper i befolkningen. För att göra en sådan analys krävs följande tillvägagångssätt: analysen inleds med att uppskatta hur hälsan är fördelad före och efter insatsen. Det innebär att relevanta subgrupper i befolkningen identifieras och att hälsovinster, kostnader och nettohälsovinster beräknas för var och en av dessa grupper. Hälsovinster mäts ofta som kvalitetsjusterad livslängd (QALE). Därefter väljs ett mått på ojämlikhet, såsom Atkinson-index (för relativa skillnader) eller Kolm-index (för absoluta skillnader), tillsammans med en parameter som anger graden av samhällsvis aversion mot ojämlikhet. Med dessa mått kan den totala nettohälsovinsten i befolkningen beräknas, liksom förändringen i jämlikheten före och efter insatsen. Resultaten visualiseras ofta med hjälp av ett så kallat rättvisa–effektivitetsdiagram, som visar hur en åtgärd påverkar både den totala hälsan samt fördelningen av hälsan mellan grupper.

Slutligen genomförs känslighetsanalyser för att undersöka hur resultaten påverkas av olika antaganden om välfärdsfunktion, ojämlikhetsmått och värderingar av rättvisa.

DCEA kan användas för att identifiera varför vissa åtgärder kan öka ojämlikheten i hälsa, till exempel till följd av skillnader i upptag, tillgång eller behandlingseffekt mellan befolkningsgrupper. På så sätt kompletterar DCEA traditionella kostnadseffektivitetsanalyser och ger beslutsfattare ett verktyg för att väga effektivitet mot rättvisa i prioriteringsbeslut. Avvägningen mellan effektivitetsvinster och rättviseeffekter överlämnas till beslutsfattaren.

10.5.3 Utredningens slutsatser och bedömningar

Utredningen anser att det är viktigt att ta hänsyn till fördelnings-effekter vid insatser inom folkhälsoområdet. Det är också viktigt att kommunicera till beslutsfattare hur olika insatser kan påverka olika grupper i samhället, som skiljer sig åt exempelvis vad gäller socioekonomisk bakgrund.

Ett sätt att ta hänsyn till fördelningseffekter av insatser i beslutsunderlaget är att använda DCEA i stället för konventionell kostnads-

effektivitetsanalys. Utredningen bedömer att en implementering av DCEA i praktiken kräver att vissa utmaningar hanteras. Exempelvis behövs gemensamma principer och riktlinjer för hur DCEA ska genomföras och hur resultaten ska tolkas och kommuniceras för att säkerställa konsekvent och tillförlitlig tillämpning av DCEA. I dagsläget saknas gemensamma principer och riktlinjer för hur DCEA ska kunna användas systematiskt av beslutsfattare vid prioriteringar.

Utredningen framhåller att prioriteringar inom folkhälsoområdet kräver en sammanvägd bedömning, där ekonomiska analyser kompletteras med andra aspekter, som exempelvis etiska överväganden och fördelningseffekter. En konventionell ekonomisk utvärdering tar inte hänsyn till fördelningen av hälsa i befolkningen, men en sammanvägd bedömning av olika typer av underlag, som exempelvis om fördelningseffekter, kan komplettera det ekonomiska underlaget och möjliggöra beslutsfattande som är grundat både i samhälls-ekonomiska och etiska bevekelsegrunder.

Ekonomiska utvärderingar är komplexa, och inkluderar ofta modellering med många antaganden om parametervärden och duration av effekter och extrapolering av data. Att inkludera fördelningseffekter i den hälsoekonomiska modellen riskerar att införa ytterligare nivåer av osäkerhet i skattningarna och därmed även osäkerhet kring resultaten från en ekonomisk utvärdering. Mot bakgrund av detta, och att det i dagsläget inte finns gemensamma principer och riktlinjer för hur en DCEA ska genomföras, bedömer utredningen att en sammanvägd bedömning är det mest ändamålsenliga sättet att ta hänsyn till fördelningseffekter av folkhälsoinsatser.

10.6 Hantering av osäkerhet, riktlinjer för transparenta analyser samt målgruppsanpassad kommunikation

10.6.1 Översiktligt om hantering av osäkerhet i ekonomiska analyser

Resultaten från ekonomiska analyser och utvärderingar är alltid förknippade med viss osäkerhet beroende på vilka antaganden som har gjorts och vilka datakällor som använts. Det är viktigt att särskilja mellan resultatösäkerhet och beslutsösäkerhet; förekomsten av osäkerhet i resultaten behöver inte per definition medföra motsvar-

ande osäkerhet i det beslut som ska fattas. I litteraturen klassificeras osäkerheter i olika kategorier och de som brukar anges som de mest centrala är så kallad *parameterosäkerhet*, *strukturell osäkerhet* och *metodologisk osäkerhet*.⁷

Parameterosäkerhet avser osäkerhet i ingångsdata och de skattade värden som används i den hälsoekonomiska modellen. Strukturell osäkerhet avser generell osäkerhet och kan till exempel handla om val av modell, inkluderade hälsostadier eller det valda tidsperspektivet.⁸ Metodologisk osäkerhet handlar om de analytiska val som gjorts, till exempel val av diskonteringsränta eller om utvärderingen har ett samhälls- eller hälso- och sjukvårdsperspektiv.⁹

Det finns flera sätt att illustrera osäkerheter för att ge beslutsfattare insyn i hur robusta resultaten från en ekonomisk utvärdering är och vilka parametrar som främst påverkar resultaten.¹⁰ För att illustrera parameterosäkerhet kan ett så kallat *tornadodiagram* eller ett *kostnadseffektivitetsplan* användas. För att illustrera strukturell osäkerhet kan tabeller eller diagram användas. Det saknas dock rekommendationer om standardiserade grafiska illustrationer av osäkerhet inom hälsoområdet, exempelvis i TLV:s allmänna råd om ekonomiska utvärderingar.¹¹

Känslighets- och scenarioanalyser

Känslighetsanalyser och scenarioanalyser används för att analysera och beskriva osäkerhet i resultaten av hälsoekonomiska utvärderingar. Eftersom resultaten ofta ligger till grund för prioriteringsbeslut är det viktigt att tydligt redovisa osäkerheter och hur de kan påverka resultaten från en utvärdering. Inom hälsoekonomin brukar man skilja på *deterministisk* och *probabilistisk känslighetsanalys*. I litteraturen är det ofta den probabilistiska känslighetsanalysen som rekommenderas.¹²

Deterministisk känslighetsanalys görs genom att värdet på en eller flera variabler ändras för att undersöka hur resultatet påverkas av

⁷ Gruneau m.fl. 2022.

⁸ SBU 2023.

⁹ Drummond m.fl. 2015 s. 123.

¹⁰ Ibid.

¹¹ TLV 2017.

¹² Briggs m.fl. 2012.

denna förändring.¹³ Om endast värdet av en parameter ändras, medan resterade parametrar hålls konstanta, kallas det envägs-känslighetsanalys och om det i stället är två eller flera parametrar som ändras kallas det flervägs-känslighetsanalys. Deterministisk känslighetsanalys visar hur resultaten påverkas av osäkerhet i en eller flera centrala parametrar. De värden som parametrarna får variera mellan bör spegla realistiska förändringar, så att beslutsfattare kan förstå hur resultaten påverkas under antaganden som faktiskt kan inträffa i praktiken.

Probabilistisk känslighetsanalys (PSA) och *bootstrapping* är metoder som kan användas för att hantera osäkerhet i hälsoekonomiska utvärderingar. Med PSA modelleras den teoretiska osäkerheten i parametrarnas fördelning medan *bootstrapping* fångar den empiriska variationen i individdata. Metoderna kompletterar varandra genom att ge både ett modellbaserat och ett datadrivet underlag för att bedöma hur robusta resultaten är.

Vid PSA får alla relevanta parametrar en statistisk sannolikhetsfördelning och därefter görs ett stort antal simuleringar av modellen med dragningar ur fördelningarna. Resultatet från simuleringarna kan presenteras i en så kallad *cost-effectiveness acceptability curve* (CEAC), som visar sannolikheten för att en insats är kostnadseffektiv givet en viss betalningsvilja. Fördelen med den probabilistiska känslighetsanalysen är att relevant osäkerhet analyseras samtidigt. Nackdelar är att analysen kräver antaganden om sannolikhetsfördelningar och att det kan vara svårt att isolera effekten av enskilda osäkra parametrar, vilket sammantaget kan försvåra tolkningen av resultaten för beslutsfattare.

Bootstrapping-metoden innebär att individdata för kostnader och effekter slumpmässigt dras ur respektive grupp för att beräkna skillnaden mellan grupperna. Detta genomförs ett tusental gånger för att skapa ett stort antal kostnadseffektivitetskvoter för att sedan beräkna mellan vilka värden 95 procent av dragningarna återfinns. Om ett stort antal av de simulerade kostnadseffektivitetskvoterna ligger under ett visst tröskelvärde kan slutsatsen dras att insatsen sannolikt är kostnadseffektiv. Om de simulerade värdena däremot ligger spridda är resultatet mer osäkert. Resultaten från *bootstrapping*-metoden kan alltså användas för att visa om resultaten är stabila och hur sannolikt det är att insatsen är kostnadseffektiv.

¹³ SBU 2023.

Ytterligare en metod är den så kallade tröskelvärdesanalysen som går ut på att identifiera vid vilket värde på en specifik variabel som slutsatsen av resultatet ändras.¹⁴ När det gäller hälsoekonomiska utvärderingar är det ofta av intresse vid vilket värde på en variabel som kostnaden per QALY överstiger vad som normalt brukar accepteras.

Strukturell osäkerhet innefattar osäkerheter kring hur den hälsoekonomiska modellen är uppbyggd, som vilka händelser eller hälsotillstånd som inkluderas i modellen. Exempelvis att samtliga patienter i ett hälsotillstånd antas ha samma egenskaper i modellen trots att de i verkligheten skiljer sig åt. Strukturell osäkerhet kan vara svårare att undersöka än parameterosäkerhet. En metod för att analysera strukturell osäkerhet är att bygga olika varianter av modellen, där grundläggande antaganden skiljer sig från basscenarioet, vilket gör att man kan få en uppfattning om hur resultatet påverkas av modellstrukturen.¹⁵ Nackdelen med detta tillvägagångssätt är att det kan vara resurskrävande att ta fram flera alternativa modeller.

Trots att resultaten i hälsoekonomiska utvärderingar påverkas av strukturell osäkerhet saknas det ofta analyser som undersöker detta, eftersom det kan vara resurskrävande. Det framhålls i litteraturen att alternativa modellstrukturer bör diskuteras och att vald modellstruktur bör motiveras.¹⁶

Riktlinjer och praxis för känslighetsanalyser

I TLV:s allmänna råd om ekonomiska utvärderingar beskrivs känslighetsanalyser av centrala antaganden och parametrar som en viktig del.¹⁷ Dock saknas det mer ingående riktlinjer kring hur eller vilken metod som företagen ska använda i sina underlag.

Folkhälsomyndigheten genomför i sina hälsoekonomiska utvärderingar av vaccinationsprogram känslighetsanalyser där värdet på viktiga variabler ändras för att undersöka hur känsligt resultatet är av förändringen i just den variabeln. Detta är av stor vikt då det ofta handlar om långa tidshorisonter som kan påverka resultaten och beslut. I betänkandet *Ett samordnat Vaccinationsarbete* (SOU 2024:2)

¹⁴ Gruneau m.fl. 2022.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ TLV 2017.

beskrivs hur osäkerheter har belysts vid hälsoekonomiska utvärderingar av de nationella vaccinationsprogrammen.¹⁸

10.6.2 Checklista för transparenta och jämförbara analyser samt kort om målgruppsanpassning

För att skapa förutsättningar för transparens och jämförbarhet i rapporteringen av ekonomiska analyser inom folkhälsoområdet har utredningen tagit fram en särskild checklista för hälsoekonomiska utvärderingar (tabell 10.2). Checklistan är inspirerad av de internationellt etablerade riktlinjerna Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS)¹⁹ och syftar till att fungera som ett praktiskt stöd för dem som genomför och utvecklar analyser och för beslutsfattare som använder resultaten som underlag vid prioriteringar.

Checklistan omfattar 31 punkter och är uppdelad i tre delar:

- definiera beslutsproblemet,
- beskriva metod och redovisa, samt
- kommunicera resultat.

Den första delen rör bland annat att tydligt ange målområde, syfte, metod och målpopulation för den aktuella insatsen. Den andra delen handlar om att beskriva val av analysmetod, tidshorisont, diskontering, kostnadsberäkningar och utfallsmått, samt hur eventuella modeller och antaganden hanterats. Den tredje delen fokuserar på rapportering av resultat, analys av osäkerhet, etiska överväganden, generaliserbarhet och transparens kring data och finansiering.

Checklistan är inte avsedd att användas som ett strikt regelverk, utan som ett vägledande verktyg för att säkerställa att hälsoekonomiska analyser genomförs och redovisas på ett systematiskt och transparent sätt. Alla punkter är inte relevanta för varje typ av analys, men samlat ger listan en struktur för hur ekonomiska utvärderingar inom folkhälsoområdet kan utformas och kvalitetssäkras.

¹⁸ SOU 2024:2.

¹⁹ ISPOR.

Tabell 10.2 Checklista för transparenta och jämförbara analyser

Checklista för ekonomiska analyser av folkhälsoinsatser
 – alla punkter är inte applicerbara för alla typer av analyser.
 Om det inte är applicerbart på analysen, bortse från de punkterna.

Checklista för transparenta och jämförbara analyser	
Definiera beslutsproblemet	
1	Ange vilket (vilka) målområde som analysen avser
	1. Det tidiga livets villkor, 2. Kunskap, kompetenser och utbildning, 3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, 4. Inkomster och försörjningsmöjligheter, 5. Boende och närmiljö, 6. Levnadsvanor, 7. Kontroll, inflytande och delaktighet, 8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.
2	Intervention
3	Analysmetod
4	Population
5	Kontext
Beskrivning av metod	
6	Perspektiv
7	Jämförelsealternativ
8	Tidshorisont
9	Diskontering
10	Utfallsmått
11	Metod för effektutvärdering
12	Mätning av effekter
13	Värdering av effekter*
14	Kostnader
15	Identifiera resursutnyttjande

Checklista för transparenta och jämförbara analyser

16	Prissättning av resursutnyttjande	Redogör för vilka priser som använts i analysen, exempelvis om en regions prislista har använts för att estimeras kostnader för resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, eller om prisuppgifter har hämtats från apoteket.se
17	Ange år för kostnader	Ange för vilket år som enhetskostnader tagits fram
18	Modellbeskrivning	Om en matematisk modell användes i analysen, beskriv ingående dess struktur, inkluderade hälsotillstånd i modellen samt antaganden. Motivera val av modell. Beskriv även kopplingen i varje hälsotillstånd till resursutnyttjande, kostnader och hälsoeffekter
19	Validering av modell	Beskriv hur intern och extern validering av den matematiska modellen har genomförts
20	Analytiska metoder	Förklara de statistiska och analytiska metoder som använts i analysen

Rapportering och kommunicering av resultat

21	Resultat	Rapportera resultat för kostnader, effekter och kostnads-effektivitet i grundscenariot. Redovisa posterna separat. Från resultaten ska det vara tydligt att utläsa när kostnader och effekter uppstår, och vad de består av
22	Tidigare studier	Redovisa hur analysens resultat förhåller sig i relation till tidigare studier med liknande populationer och kontexter.
23	Analys av osäkerhet	Redovisa osäkerheten i parameteruppskattningar, modellstruktur och antaganden, såväl som beslutsosäkerhet. Genomför känslighetsanalyser av osäkra parametrar och rapportera hur dessa påverkar resultaten. Variationen av parametervärdet i känslighetsanalyserna ska vara rimliga och väl motiverade
24	Subgruppsanalyser	Om subgruppsanalyser genomförts, beskriv variation i kostnader och effekter och resultat för olika grupper eller kontexter
25	Etiska aspekter	Beskriv om, och i så fall hur, fördelningsaspekter inkluderades i analysen
26	Tolkning av resultat	Sammanfatta nyckelresultat och deras implikationer för policy och praktik
27	Begränsningar	Diskutera begränsningar i studien och deras påverkan på resultaten
28	Generalisering	Diskutera om, och i så fall, hur resultaten kan generaliseras till andra kontexter
29	Osäkerhet i beslut	Beskriv effekten av osäkerhet på resultat och prioriteringsbeslut
30	Tillgång till data och kod	Beskriv om och hur data och eventuell kod är tillgängliga publikt
31	Finansiering	Beskriv vem som har finansierat analysen

* T.ex. om QALY-vikterna som används är framtagna på så sätt att de är representativa för hälsostudier i en modell.

10.6.3 Att kommunicera resultaten från ekonomiska analyser till beslutsfattaren

För att beslutsfattare ska kunna använda resultaten från komplexa analyser i praktiken krävs tydlig och målgruppsanpassad kommunikation. I kommunikationen bör resultaten stå i centrum, medan metoder och tekniska detaljer hålls i bakgrunden. Samtidigt är det avgörande att tydligt redovisa de antaganden som ligger till grund för resultaten, vilka grupper resultaten är giltiga för samt vilken grad av osäkerhet som präglar analysen och dess resultat. Det bör också vara tydligt hur förändringar i ingående parametrar påverkar resultaten. En transparent beskrivning av analysens begränsningar stärker både legitimitet och användbarhet i beslutsprocessen.

Ekonomiska analyser kan tillämpas inom hela folkhälsoområdet, men är ofta lättare att använda för att prioritera insatser med liknande syfte än vid sektorsövergripande beslut. Årsvisa budgetprocesser och kalkyler av samhällskostnader utgör ytterligare utmaningar. Mot denna bakgrund är det särskilt viktigt att kommunicera resultaten från ekonomiska analyser på ett tydligt sätt. Dessa analyser kan ge beslutsfattare ett bättre underlag för att prioritera folkhälsoinsatser, genom att visa var samhället kan göra goda investeringar.

Nedan följer praktisk vägledning, som bygger på bilaga 3, för att kommunicera resultaten av komplexa analyser till beslutsfattare:

1. Anpassa budskapet

En viktig utgångspunkt är att förstå beslutsfattarens intressen och behov. Olika målgrupper har olika prioriteringar. Budskapet behöver därför anpassas så att det tydligt visar hur resultaten påverkar deras specifika ansvarsområden.

2. Klara och korta budskap

Resultaten behöver förklaras på ett tydligt och lättbegripligt sätt. Tekniska termer bör undvikas och konkreta exempel eller analogier bör användas för att göra resultaten mer tillgängliga.

3. Visualisering

Grafer, diagram och andra visuella hjälpmedel är viktiga för att illustrera nyckelresultat på ett överskådligt och tilltalande sätt.

4. **Betona konsekvenser**

Beslutsfattare är ofta mest intresserade av vad analyserna innebär i praktiken. Ett gott exempel är kostnadsbesparingar, förbättrad livskvalitet, en friskare befolkning eller minskad sjukfrånvaro.

5. **Sammanfattning**

Kort och koncis sammanfattning av resultaten bör betonas. Beslutsfattare har ofta begränsat med tid och därför är det viktigt att snabbt ge en översikt över slutsatserna och rekommenderade åtgärder.

6. **Engagera intressenter och delaktighet**

Involvera relevanta intressenter tidigt i processen. Delaktighet stärker förtroendet och ökar sannolikheten för ökad policyrelevans.

10.6.4 **Utredningens slutsatser och bedömningar**

För att ekonomiska utvärderingar ska ge ett tillförlitligt beslutsunderlag är det avgörande att analysera, redovisa och kommunicera osäkerheter. Parameterosäkerhet, som handlar om osäkerhet i ingångsvärden som kostnader och effekter, kan ofta hanteras med statistiska metoder som känslighetsanalyser och bootstrapping. Strukturell osäkerhet som berör osäkerhet kring hur modellen är uppbyggd, vilka antaganden som görs och vilka tillstånd som inkluderas, är svårare att fånga men kan ha stor påverkan på resultaten. Att identifiera och diskutera båda typerna av osäkerhet är viktigt för att undvika missvisande slutsatser och stödja informerade beslut.

Det finns en del specifika utmaningar när det kommer till att hantera osäkerhet vid hälsoekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser. Eftersom effekterna av folkhälsoinsatser ofta uppkommer på lång sikt är det vanligt att använda matematisk modellering där effekter extrapoleras över tid för att kunna inkludera alla relevanta kostnader och hälsoeffekter av en insats. Ibland görs detta utifrån kortsiktiga data eller antaganden, vilket medför osäkerhet eftersom det är svårt att med säkerhet veta hur människor kommer att agera, hur samhället förändras och vilka hälsoeffekter som faktiskt kommer att uppstå i

framtiden.²⁰ Osäkerheter i analysen kan då uppstå eftersom antaganden om effekter på hälsa simuleras över en lång tid. Med anledning av detta är det viktigt att systematiskt utvärdera och rapportera osäkerheter förknippade med hälsoekonomiska utvärderingar.

Utredningen bedömer att osäkerhet i resultaten från ekonomiska utvärderingar tydligt bör redogöras för, både vad gäller parametersäkerhet och strukturell osäkerhet i modeller, samt hur det påverkar resultat och beslutssituationen. Det är av största vikt att de känslighetsanalyser som utförs speglar rimliga variationer i de ingående parametervärdena för att beslutsfattare ska kunna ta ställning till hur det påverkar beslutet vid prioritering. Vidare bör resultaten från en ekonomisk analys kommuniceras på ett pedagogiskt och målgruppsanpassat sätt till beslutsfattare. Det är viktigt att tydliggöra när i tiden effekter och kostnader uppstår eftersom effekterna av folkhälsoinsatser ofta realiserar först på lång sikt och eventuella besparingar kan ligga långt fram i tiden.

Analysens tillvägagångssätt bör också redovisas enligt en standardiserad checklista, för att underlätta tolkningen av resultaten och därigenom stödja beslutsfattandet.

Vidare framhåller utredningen att behovet inte alltid är att genomföra nya ekonomiska analyser, utan kan vara att granska och bedöma de studier som redan har genomförts. Som stöd för att möjliggöra en transparent och systematisk bedömning av metoder i hälsoekonomiska studier samt överförbarheten av resultaten till en svensk kontext har SBU lanserat en granskningsmall.²¹

²⁰ Edwards m.fl. 2013.

²¹ SBU 2025.

11 Exempel på hur samhällskostnader för ohälsa kan mätas och följas

Att följa samhällskostnader kopplade till riskfaktorer för ohälsa över tid på ett jämförbart och tillförlitligt sätt ställer krav på både tillgång till data och validerade metoder. Det finns ett flertal metoder för att uppskatta samhällskostnader. För att konkretisera hur samhällskostnader kan skattas på ett systematiskt och jämförbart sätt har utredningen gett i uppdrag åt professor Kristian Bolin vid Göteborgs universitet och Centre for Health Governance, att tillsammans med Folkhälsomyndigheten, genomföra en så kallad nollmätning av samhällskostnaderna för obesitas i Sverige. Mätningen baseras på en simuleringsmodell för icke-smittsamma sjukdomar (NCD), så kallad NCDSim. Utredningen vill betona att modellen fortfarande är under utveckling och att exemplet nedan ska ses som en preliminär skattning av samhällskostnaderna.

Utredningen har även gett Tzu-Hsi Chen, doktorand vid Stockholms universitet, i uppdrag att med hjälp av registerdata följa utvecklingen av samhällskostnader kopplade till psykisk ohälsa. Nedan presenteras ett exempel på hur sådana kostnader kan uppskattas.

11.1 Nollmätning – samhällskostnader förknippade med obesitas

Obesitas utgör ett betydande samhällsproblem med en prevalens som uppskattas uppgå till 17 procent i åldrarna 16–86 år 2023. Obesitas, definierat som ett BMI över 30, medför förhöjda risker att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar och vissa cancersjukdomar.

Det övergripande syftet med den här studien är att genomföra en nollmätning av de samhällsekonomiska effekterna av obesitas i Sverige. Nollmätningen beskriver utgångsläget innan eventuella policyåtgärder införs. Ett ytterligare syfte är att utveckla och illustrera ett principiellt ramverk för hur systematiska och återkommande framtida mätningar kan genomföras för att belysa de samhällsekonomiska effekterna av förändringar i riskfaktorernas förekomst.

Beräkningarna består av två huvudkomponenter: dels en beräkning av de samhällsekonomiska effekterna av förekomsten av obesitas i dag, dels en prognos över effekterna när prevalensen av obesitas är satt till noll år 2023. Framtida beräkningar enligt ramverket kan då, tillsammans med nollmätningen, bli ett mått på effekten av eventuella åtgärder som genomförts. Metoden att sätta obesitasprevalensen till noll används för att kunna beräkna samhällskostnader och är ett hypotetiskt referensläge. En obesitasprevalens som är lika med noll illustrerar alltså inte ett scenario som är troligt att uppnå, utan nollmätningen är ett analytiskt verktyg för att uppskatta de potentiella effekterna av minskad prevalens, inte en prognos om ett sannolikt framtidsscenario. I nollmätningen beräknas samhällskonsekvenserna av obesitas enbart kopplade till hjärt- och kärlsjukdomar samt cancersjukdomar. Mer detaljerad information finns i underlagsrapporten i bilaga 4.

11.1.1 Metod och data

Folkhälsomyndigheten har i samarbete med Cancerfonden och Hjärt-Lungfonden utvecklat verktyget NCDSim. NCDSim är en simuleringsmodell som är utformad för att ge stöd i explorativa analyser. Frågeställningar som kan belysas med modellen genom scenariosimuleringar är till exempel hur preventiva åtgärder riktade mot en eller flera av de riskfaktorer som ingår i modellen kan tänkas att påverka sjukdomarnas framtida utveckling.

NCDSim är en systemdynamisk modell som representerar befolkningen på en övergripande nivå genom att beskriva prevalens, flöden och förändringar i antalet personer som befinner sig i olika tillstånd över tid. Modellen utgår från beräkningar baserade på kön och ålder och genererar sedan olika andelar av befolkningen med och utan sjuklighet. NCDSim har tre hälsotillstånd som personer i modellen kan

befinna sig i: cancer, hjärt- och kärlsjukdom eller varken cancer eller hjärt- och kärlsjukdom. Hälsotillstånden kan refereras till som en stock, vilket avser en grupp individer med samma egenskaper eller i samma tillstånd vid en viss tidpunkt. Begreppet flöde avser förändringar i dessa stockar över tid.

Modellens tidssteg är ett år, och för varje år beräknas nya värden för stockarna, baserat på ett antal olika flöden. NCDSim predikerar den framtida förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar och cancersjukdomar, och dödlighet till följd av dessa sjukdomar, genom epidemiologiska metoder och under antaganden om förekomsten av vissa riskfaktorer.

Modellen tar hänsyn till att risken för hjärt- och kärlsjukdom och cancer ökar med stigande ålder och eftersom Sverige har en åldrande befolkning inkluderar modellen även den demografiska utvecklingen. De demografiska flödena baseras på SCB:s demografiska prognos.

Beräkningarna i denna analys kompletterades med beräkningar av förlorade levnadsår och värdet av produktionsförluster till följd av sjuklighet och funktionsnedsättning baserat på SCB:s livslängdstabeller.

Andelen sjukdomsfall och dödsfall som kan tillskrivas obesitas beräknas med epidemiologiska metoder, genom att använda medicinsk evidens om sjukdomsrisiker och förekomsten av riskfaktorn i populationen. Simuleringsmodellen använder information om:

- Den totala risken för morbiditet och mortalitet i hjärt-kärlsjukdom och cancer i befolkningen, uppdelat på kön och ålder.
- Överrisken för morbiditet förknippad med obesitas.
- Förekomsten av obesitas i befolkningen, uppdelat på kön och ålder.

De samhällsekonomiska effekterna som uppstår av obesitas delas in i direkta och indirekta effekter. De direkta effekterna och dess relaterade kostnader avser resursutnyttjande i hälso- och sjukvården och receptförskrivna läkemedel. De indirekta effekterna avser värdet av produktionsbortfall till följd av sjuklighet och dödsfall.

De beräkningar som utförs inom ramen för nollmätningen i detta exempel avser:

- Hälso- och sjukvårdsutnyttjande som kan tillskrivas obesitas.

- Dödsfall, och förväntade förlorade levnadsår, som kan tillskrivas obesitas.
- Dödsfall, och förväntade förlorade arbetsår respektive produktionsbortfall, som kan tillskrivas obesitas.
- Produktionsbortfall till följd av sjukfrånvaro från arbete (sjukfall som överstiger 14 dagar eftersom data för detta finns tillgängliga hos Försäkringskassan) samt förtida död, som kan tillskrivas obesitas.

Alla resultat innefattar sjuklighet och dödsfall i åldersgruppen 35 till 84 år, eftersom sjukdom och dödsfall till följd av levnadsvanor vanligtvis uppstår först efter en viss tid. Avgränsningen kan ses som ett konservativt antagande, vilket innebär att samhällskostnaderna av obesitas sannolikt underskattas.

Resultaten baseras på två olika simuleringar, där beräkningarna har genomförts för åren 2026–2040. Den första simuleringen utgår ifrån förekomsten av obesitas i dagsläget och antaganden om befolkningsutveckling och framtida förekomst av obesitas över den aktuella tidsperioden (fram till 2040). Den andra simuleringen genomförs kontrafaktiskt under antagandet om att ingen obesitas förekommer under samma tidsperiod. Differensen av antalet sjuka (antalet individer med kardiovaskulär sjukdom respektive cancersjukdom) och antalet döda mellan de två simuleringarna ger en uppskattning av de samhällsekonomiska konsekvenserna som kan tillskrivas obesitas.

Kostnader beräknades utifrån antalet patienter med kardiovaskulär sjukdom respektive cancersjukdom och information om kostnad per patient ur SKR:s KPP-databas. De kostnader som kan förknippas med produktionsbortfall omfattar dödsfall och sjukskrivningar före 65 års ålder.

Flöden för insjuknande beräknas utifrån epidemiologiska tillskrivningstal och personår inom varje kön- och ålderskategori bland icke-sjuka. Dödsriskerna för både sjuka och icke-sjuka skattas utifrån individdata från SCB och Socialstyrelsen och i båda fallen avser dödsriskerna dödsfall oavsett dödsorsak.

De kompletterande beräkningarna avseende förlust av produktionsvärden till följd av förtida död genomfördes genom att beräkna de förlorade förväntade framtida produktionsvärdena för dödsfall i åldrarna 35–69 år.

Data och sjukdomsdefinitioner

Antalet prevalenta sjukdomsfall definieras enligt följande:

1. Antalet (stocken) cancerpatienter: antalet individer med minst en registrerad malign primärtumör (med ICD-10-koder C00-C97, D00-D09) i cancerregistret under året, eller under något av de fyra föregående åren.
2. Antalet (stocken) hjärt-kärlpatienter: antalet individer med minst ett sjukvårdsbesök registrerat i patientregistret (specialiserade öppenvården och slutenvården) med huvud- eller bidiagnos för någon av ICD-10-koderna B33, F01, I01-I09, I20-I26, I27 eller I28-I73 under året, eller under något av de fyra föregående åren.
3. Stocken av individer utan cancer eller hjärt-kärlsjukdom: differensen mellan det totala antalet individer i populationen enligt SCB (Registret över totalbefolkningen, RTB) och summan av punkterna 1 och 2 ovan.

Förekomst av obesitas i befolkningen

Förekomsten av obesitas ($BMI > 30$), uppdelat på ålder och kön, har hämtats från den Nationella folkhälsoenkäten (Folkhälsomyndigheten).

I modellens huvudalternativ (nuläget) skrivs andelen personer med obesitas fram utifrån dagens fördelning av obesitas i befolkningen med avseende på ålder och kön i kombination med den demografiska utvecklingen. I det kontrafaktiska scenariot sätts andelen med obesitas till noll i hela befolkningen, från och med 2023. Den genomsnittliga obesitasprevalensen är 17 procent i åldrarna 16–85 år.

Relativa risker och tillskrivningstal

Överrisker för sjukdom förknippade med modellens riskfaktorer baseras på den epidemiologiska vetenskapliga litteraturen. Överrisker benämns som relativa risker, eftersom de visar överrisken för personer med en riskfaktor jämfört med personer utan riskfaktorn. Det totala bidraget till risken för insjuknande som kan tillskrivas en riskfaktor beror både på förekomsten av riskfaktorn och relativ risk

och sammanfattas av en så kallad tillskrivningsfaktor (på engelska population attributable fraction, PAF), enligt följande formel:

$$PAF = \frac{p(RR - 1)}{1 + p(RR - 1)}$$

Tillskrivningsfaktorerna avseende hjärt-kärlsjukdom respektive cancer för respektive riskfaktor beräknas separat för olika kombinationer av ålder och kön. De epidemiologiska tillskrivningstalen används sedan för att beräkna andelar av sjuklighet och död som kan tillskrivas förekomst av obesitas i basscenariot. Motsvarande beräkningar av sjuklighet och dödsfall kan genomföras utifrån alternativa antaganden om förekomsten av obesitas. Differensen mellan utfallen i dessa två beräkningar ger en uppskattning av vad en förändring av riskfaktorernas förekomst innebär för kostnaderna.

Beräkning av monetära kostnader

Effekterna av den nuvarande förekomsten av obesitas respektive av en ändring av förekomsten av obesitas beräknas dels som antalet patienter med kardiovaskulär sjukdom respektive cancersjukdom, och antalet dödsfall som kan tillskrivas obesitas, dels som kostnader.

För att beräkna kostnaderna behövs information om kostnaderna per enhet, såsom kostnad per patient inom hälso- och sjukvården, kostnaden per läkemedelsenhet som förskrivits på recept, och värdet av produktionsbortfall. Alla enhetskostnader antas vara konstanta över tid och kostnaderna diskonteras inte.

Direkta kostnader

Hälso- och sjukvårdskostnaden för respektive diagnosgrupp baseras på data från KPP hos SKR. Endast kostnader där diagnoser inom respektive sjukdomsgrupp anges som huvuddiagnos har inkluderats.

Läkemedelskostnader för förskrivningsläkemedel baseras på Socialstyrelsens prognosrapport. Totalkostnaden för cancerläkemedel baseras på TLV:s skattningar av totalkostnaden efter återbäringsrabatt (genom avtal mellan läkemedelsföretag och enskilda regioner). För övriga läkemedelsgrupper har återbäringsrabatten antagits för-

sumbar förutom för PCSK9-hämmare (inom gruppen kardiovaskulär sjukdom), vars kostnad också nedjusterats för återbäringsrabatt.

Indirekta kostnader

Det beräknade produktionsbortfallet värderas enligt humankapitalmetoden. Humankapitalmetoden är en metod för att beräkna de indirekta kostnaderna av skada eller sjukdom och syftar till att uppskatta värdet av det framtida produktionsbortfallet. Kostnaden beräknas som nuvärdet av de inkomster individen förlorar under den tid personen är frånvarande från arbetsmarknaden.

Produktionsbortfall vid sjukdom baseras på Försäkringskassans publika databas över antal nettodagar med utbetald sjuk- och rehabiliteringspenning efter diagnos. Statistiken innefattar endast sjukdomsfall som varar längre än 14 dagar och de sjukdagar för dessa fall som ersatts av Försäkringskassan. Åldersfördelningen inom respektive diagnosgrupp baseras på data över antal sjukdomsfall per åldersgrupp från Försäkringskassan. Uppgifter om genomsnittlig lön samt arbetsgivaravgifter per dag under 2023 för respektive åldersgrupp, justerat för sysselsättningsgrad, inhämtades från SCB:s publika databaser. Dessa uppgifter multiplicerades sedan med antalet nettodagar, för en skattning av produktionsbortfallet. Samma metod användes för beräkning av förlorade produktionsvärden till följd av mortalitet.

11.1.2 Resultat

Sammanfattningsvis visar resultaten att:

- Antalet nyinsjuknade per år i cancersjukdom och kardiovaskulär sjukdom som kan tillskrivas förekomsten av obesitas beräknades till ungefär 100 respektive 3 500 personer.
- Antalet dödsfall per år till följd av cancersjukdom och kardiovaskulär sjukdom som kan tillskrivas förekomsten av obesitas beräknades till ungefär 700.
- Antalet förlorade förväntade levnadsår till följd av cancersjukdom och kardiovaskulär sjukdom som kan tillskrivas förekomsten av obesitas beräknades till ungefär 7 000 årligen.

- De årliga direkta kostnaderna till följd av cancersjukdom och kardiovaskulär sjukdom som kan tillskrivas förekomsten av obesitas beräknades till ungefär 800 miljoner kronor.
- De årliga indirekta kostnaderna (förlorade produktionsvärden) till följd av cancersjukdom och kardiovaskulär sjukdom som kan tillskrivas förekomsten av obesitas beräknades till ungefär 600 miljoner kronor.

Skattningarna visar på linjära effekter: en minskning av förekomsten av obesitas med 25 respektive 50 procent innebär en reduktion av de samhällsekonomiska kostnaderna med 25 respektive 50 procent.

Beräkningarna och därmed resultaten utgår från vissa avgränsningar och antaganden. Exempelvis antas prevalensen av obesitas vara konstant för varje ålder i simuleringsmodellen, vilket sannolikt inte stämmer över tid. Vidare är obesitas förknippat med ett större antal sjukdomar än de som har inkluderats i beräkningarna, såsom till exempel depression och ångestsjukdom, diabetes typ 2 och artros. Detta innebär att samhällskostnaderna med stor sannolikhet underskattas i denna beräkning.

Beräkningarna i nollmätningen skiljer sig från tidigare studier som skattar de årliga samhällsekonomiska konsekvenserna av obesitas, vilket kan bero på att:

- Tidigare studier inte har tagit hänsyn till demografiska förändringar.
- Beräkningarna i nollmätningen tar hänsyn till ett färre antal sjukdomar jämfört med tidigare studier.
- Relativa risker för sjukdom är lägre i nollmätningen än i tidigare studier.
- Indirekta kostnader som en följd av minskad hushållsproduktion är inte inkluderade i nollmätningen.

11.1.3 Diskussion

Nollmätningen är ett exempel på hur simuleringsmodellen NCDSim kan användas för att beräkna samhällskonsekvenserna av obesitas kopplade till hjärt- och kärlsjukdomar och cancersjukdomar. Det är

viktigt att beakta att beräkningarna bygger på flera antaganden och inkluderar endast påverkan på hjärt-och kärlsjukdom och cancer, vilket medför en viss osäkerhet i resultaten och resultaten bör därmed tolkas med försiktighet. Tidigare skattning av samhällskonsekvenser av obesitas visar på andra nivåer av samhällskostnader. Detta beror bland annat på att andra och fler obesitasrelaterade diagnoser och att kostnadsposter för exempelvis omsorg och kommunal hälso- och sjukvård har inkluderats i tidigare studier.¹

Resultaten visar att cirka 3 500 fall av kardiovaskulär sjukdom och cirka 100 fall av cancer varje år beräknas kunna tillskrivas förekomsten av obesitas. De direkta kostnaderna – såsom vård, behandling och läkemedel – beräknas att uppgå till cirka 800 miljoner kronor per år medan de indirekta kostnaderna beräknas till cirka 600 miljoner per år. Resultaten indikerar att de samhällsekonomiska effekterna av obesitas är proportionella, det vill säga att en minskning av förekomsten på till exempel 20 procent ger motsvarande minskningar i sjukdomsburden och kostnader. Nollmätningen visar på vikten av förebyggande insatser och riktade folkhälsoåtgärder mot obesitas.

11.2 Real-world data för att följa samhällskostnaderna

Real-world data (RWD) avser data som samlas in löpande i ordinarie verksamhet, utanför kontrollerade forskningsstudier. Dessa data kan exempelvis omfatta information om individers hälsa, deltagande i insatser eller behandlingar samt olika observerbara resultat, såsom vårdkontakter, sjukskrivning, arbetsmarknadsutfall eller rättsliga beslut. Svenska registerdata är exempel på sådana data och utgör en värdefull källa till kunskap om sjukdomar, livsvillkor och levnadsvanor. Data från olika register kan sammanlänkas vilket möjliggör kontinuerlig och långsiktig uppföljning av både hälsa och kostnader.

Resultat från analyser som bygger på RWD kallas för real-world evidence (RWE), och används bland annat vid uppföljning och utvärdering av läkemedel, medicintekniska produkter, vårdinsatser och folkhälsopolitiska åtgärder. Ett exempel är de kompletterande

¹ IHE 2025.

analyser som TLV har genomfört inom läkemedelsområdet², där bland annat forskare fått i uppdrag att följa läkemedelsanvändning i specifika patientgrupper och analysera faktiska utfall över tid.³

RWD utgör en viktig resurs för att följa folkhälsan och utvärdera folkhälsoinsatser. Användningen av RWD kan fylla flera syften, exempelvis att följa individer och patientgrupper över längre tidsperioder än vad som är möjligt inom ramen för randomiserade kontrollerade studier. Dessa data kan även användas för att utvärdera olika insatser med hjälp av kvasi-experimentella metoder, vilket möjliggör mer tillförlitliga slutsatser om orsakssamband i frånvaro av randomisering. RWD kan också användas för att beskriva befolkningens ohälsa och analysera samhällsekonomiska konsekvenser genom att koppla samman individbaserade data om diagnoser med information om vårdkonsumtion, arbetsmarknadsutfall och nyttjande av sociala trygghetssystem.

Nedan ges ett exempel på hur registerbaserade data kan användas för att studera psykisk ohälsa och relaterade samhällskostnader. Exemplet nedan bör ses som en illustration av hur RWD kan användas för att belysa samhällskostnader kopplade till olika sjukdomar, men resultaten bör tolkas med försiktighet eftersom ytterligare analyser krävs för tillförlitliga och robusta slutsatser. Mer detaljerad information finns i underlagsrapporten i bilaga 5.

11.2.1 Data och metoder

Data och urval

I analysen används data från Socialstyrelsens patientregister för slutenvård och den specialiserade öppenvården. Urvalet omfattar individer födda 1970–1975 som under perioden 2005–2015 har diagnostiserats med depression (depressiv episod eller recidiverande depression) inom den specialiserade öppenvården och/eller slutenvården. I analysen exkluderas personer som diagnostiserats med andra former av psykisk ohälsa, som ångest och missbruksproblem,

² Det finns ett antal regeringsuppdrag hos TLV som är kopplat till RWD: Uppföljning med hjälp av alternativa datakällor med fokus på cancer – oktober 2022; Utvecklad uppföljning med hjälp av data från exempelvis nationella tjänsteplattformen; Uppföljning av cancerläkemedel och andra läkemedel via alternativa datakällor; Uppföljning av läkemedelsanvändning och behandlingseffekter i klinisk vardag.

³ TLV 2024.

innan det första diagnostillfället, samt personer som vårdats på sjukhus till följd av psykisk ohälsa under perioden före den första depressionsdiagnosen.

Kontrollgruppen består av individer som aldrig tidigare diagnostiserats samt individer som ännu inte fått en diagnos. Vidare begränsas urvalet av potentiella kontrollpersoner till dem som aldrig tidigare har dragits som kontroll. Dessa individer har sedan, i pseudonymiserad form, kunnat länkas till LISA-registret⁴, som innehåller uppgifter såsom exempelvis inkomst, bostadsort, utbildningsnivå, födelse-land, ålder, civilstånd och familjebildning.

De utfall som studeras omfattar antal vårdbesök per år inom slutenvård och specialiserad öppenvård, samt årliga uppgifter om förvärvsinkomst, disponibel inkomst, inkomster från sjukpenning och ekonomiskt bistånd. Utfallen är valda för att belysa samhälls-ekonomiska konsekvenser av psykisk ohälsa exempelvis i form av vårdnyttjande, produktionsbortfall och ökad belastning på socialförsäkringssystemen. Nedan presenteras endast effekter på förvärvs-inkomst men samtliga utfall presenteras i bilaga 5.

Metoder

En kontrafaktisk ansats inspirerad av metoden i Schmieder m.fl. har använts,⁵ vilken undersöker orsakssamband genom att skapa en ”statistisk tvilling” till varje individ i den exponerade gruppen. Detta görs i två steg: först exakt matchning på vissa centrala variabler⁶, och därefter benägenhetspoängmatchning⁷ (propensity score matching), det vill säga estimering av den betingade sannolikheten att få en diagnos givet observerade bakgrundsegenskaper, och sedan matchning baserat på denna benägenhet. Genom att använda information om bakgrundsvariabler och utfall före diagnos identifieras kontroll-individer som, så långt som möjligt, liknar de exponerade individerna (det vill säga individer som har diagnostiserats med depression eller ångestsyndrom).

⁴ Se mer information om LISA-registret i kapitel 8.

⁵ Schmieder m.fl. 2023.

⁶ Den exakta matchningen baserades på inkomstkvartil, ålder, kön och födelse-land (Sverige eller utrikesfödd).

⁷ På följande variabler: utbildningsnivå, civilstånd, inkomst från arbetslöshetsförsäkringen, förvärvsinkomst, inkomst från sjukpenning, ekonomiskt bistånd och antal vårddygn på sjukhus samt föräldrarnas födelse-land.

Därefter tillämpas en dynamisk eventstudiedesign baserad på difference-in-differences-metoden (DiD). Metoden möjliggör jämförelser både för individen över tid och gentemot den statistiska tvillingen. På så sätt kan man analysera förändringar före och efter diagnos och fånga både kortsiktiga och långsiktiga konsekvenser av att diagnostiseras med depression eller ångestsyndrom.

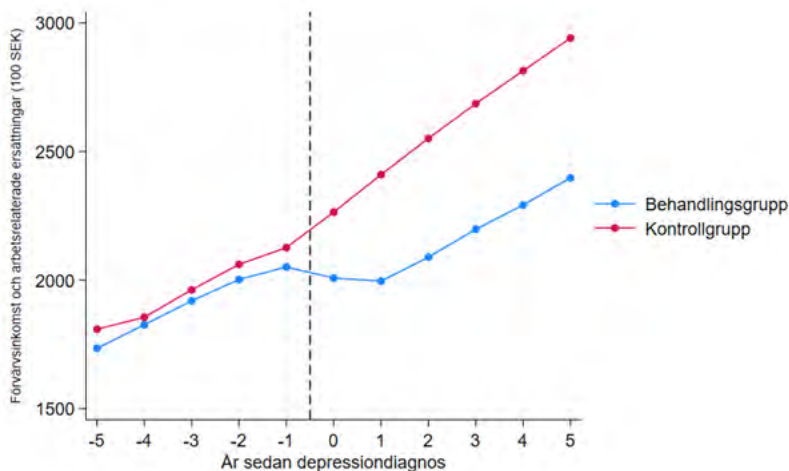
Metoden har flera styrkor, bland annat möjligheten att, under det så kallade parallella-trend-antagandet, skatta kausala effekter. Samtidigt finns viktiga begränsningar, såsom svårigheten att säkerställa att antagandet om parallella trender är uppfyllt samt att diagnostidpunkten inte nödvändigtvis sammanfaller med sjukdomsdebut. Dessa begränsningar diskuteras mer utförligt i kapitel 10.

11.2.2 Resultat

I figur 11.1 presenteras deskriptiva data över utvecklingen av förvärvsinkomster bland individer som diagnostiserats med depression och/eller ångestsyndrom, i relation till tidpunkten för första diagnosen. För kontrollgruppen, bestående av de ”statistiska tvillingarna”, har ett pseudoår skapats som motsvarar det år när deras matchade individ i den diagnostiserade gruppen fick sin diagnos. På så sätt kan utvecklingen i utfall jämföras över tid mellan grupperna. Första diagnostillfället (eller pseudoår) markeras av den vertikala streckade linjen.

Figuren visar att förvärvsinkomsterna ökar över tid för både individer som diagnostiserats med depression eller ångestsyndrom (blå linje) och den matchade kontrollgruppen (röd linje). Vid år noll, det vill säga det första diagnostillfället, sker dock en tydlig minskning i inkomst bland de diagnostiserade med depression, medan kontrollgruppens inkomster fortsätter att öka stabilt. Efter diagnosåret ökar inkomsterna åter för individer med depression, men inkomstutvecklingen förblir varaktigt på en lägre nivå under de fem efterföljande åren jämfört med kontrollgruppen.

Figur 11.1 Förvärsinkomst innan och efter första diagnostillfället för depression

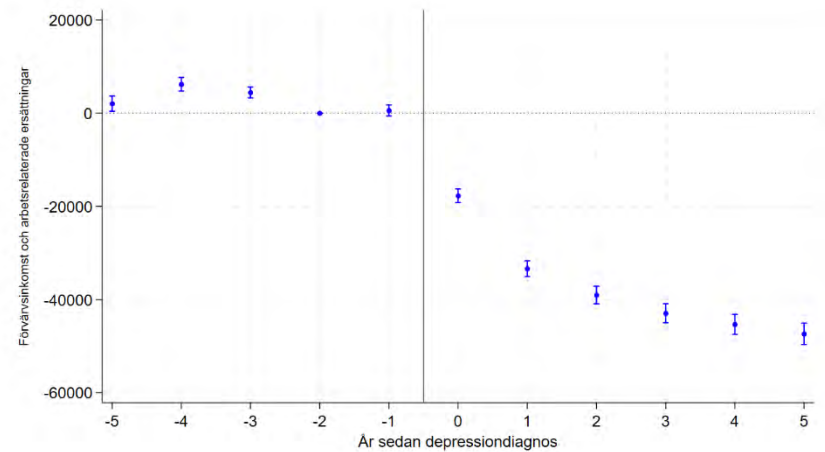


Källa: Chen m.fl. 2025 (bilaga 5).

Resultaten från den kontrafaktiska analysen redovisas i figur 11.2. Två år innan första diagnos är den jämförande kategorin. Figuren visar de skattade effekterna tillsammans med 95-procentiga konfidensintervall och illustrerar den skattade effekten av att diagnostiseras med depression på förvärsinkomster, i relation till tidpunkten för diagnosen (markerad med den vertikala linjen vid år noll).

Analysen visar att förvärsinkomsterna minskar i samband med diagnostillfället och förblir lägre under de efterföljande åren, både i jämförelse med den matchade kontrollgruppen och med individernas egen inkomstnivå före diagnos.

Figur 11.2 Effekten på förvärsinkomst innan och efter första diagnostillfället



Källa: Chen m.fl. 2025 (bilaga 5).

Sammanfattningsvis är detta ett illustrativt exempel på hur svenska RWD kan användas för att belysa de samhällskostnader som är förknippade med olika sjukdomar. Som tidigare nämnts är detta en förenklad illustration av hur data och metoder kan tillämpas inom folkhälsoområdet. Resultaten bör därför tolkas med försiktighet och med insikten att ytterligare analyser krävs för att kunna dra tillförlitliga och robusta slutsatser.

11.2.3 Styrkor och svagheter med metoden – vilka förutsättningar måste vara uppfyllda

Analysmetoden som beskrivs ovan förutsätter tillgång till omfattande registerdata, men kan genomföras med relativt begränsade resurser. Metoden kan tillämpas för att undersöka effekterna av olika tillstånd, riskfaktorer eller livshändelser. Kostnaderna i exemplet ovan redovisas separat för varje utfall, vilket möjliggör en transparent redovisning över tid.

Metoden vilar på ett antal centrala antaganden. Det mest centrala är antagandet om parallella trender. Antagandet förutsätter att i frånvaro av exponering (diagnos) skulle utfallen i studiegruppen utvecklas i samma takt som i kontrollgruppen. Difference-in-differences-

ansatsen (som beskrivs mer ingående i kapitel 10) tillåter nivåskillnader mellan grupperna, men kräver att trenderna är parallella. Om detta antagande är uppfyllt kan kausala effekter skattas. En metodologisk utmaning är att parallelltrendantagandet inte explicit kan testas. Däremot kan man undersöka om utvecklingen i utfall före diagnos följer samma mönster i båda grupperna.

Ytterligare utmaningar rör så kallad endogenitet det vill säga att tidpunkten för diagnos inte behöver sammanfalla med sjukdomsdebut, vilket gör det svårt att särskilja effekter av själva sjukdomen från effekter av insatt behandling.

En ytterligare begränsning är att denna analys endast ger en begränsad bild av de samhällskostnader som är förknippade med depression och ångestsyndrom. Detta beror dels på att uppgifter från primärvården saknas, dels på att flera viktiga utfall och aspekter av depression och ångestsyndrom, såsom påverkan på livskvalitet, inte inkluderas.

11.3 Utredningens slutsatser och bedömningar

Det finns utmaningar med att skatta de samhällsekonomiska konsekvenserna av riskfaktorer, både vad gäller datatillgång för resursutnyttjande i hälso- och sjukvården och den andel av sjuklighet och förtida död som kan tillskrivas respektive riskfaktor och därmed den faktiska samhällskostnaden. Kunskap om detta kan dock generera viktig kunskap för beslutsfattare inför prioriteringar. Historiskt har uppskattade samhällskostnader för samma riskfaktorer varierat mycket beroende på vilka aspekter som beaktas, vilket kan försvåra för beslutsfattare vid prioritering mellan olika insatser.

Mot bakgrund av detta ser utredningen nyttan av att utveckla och använda en myndighetsgemensam simuleringsmodell för att möjliggöra jämförbara uppskattningar av samhällskostnader för olika riskfaktorer. Även om simuleringen inte är felfri ger den en uppskattning om var de största samhällskostnaderna finns, och kan därmed vägleda inriktningen av insatser för att kunna maximera nyttan.

Utredningen ser också ett stort behov av att tydligt redovisa vilka kostnadsposter som utgör de totala kostnaderna och rapportera dessa separat. Detta för att det ska vara transparent vad de olika kostnadsposterna består av – exempelvis bör alltid direkta kostnader inom

hälso- och sjukvården presenteras separat och kostnader i form av produktivitetsförluster vid sjukdom och död presenteras separat.

På liknande sätt bedömer utredningen att metoderna för att beräkna samhällskostnader, oavsett av kostnadspost, tydligt bör framgå vid rapportering av resultat. Detta för att undvika missförstånd för beslutsfattare i olika sektorer kring var exempelvis besparingar av minskad förekomst av en riskfaktor kan komma att uppstå, samt vad som kan ses som faktiska besparingar för samhället och vad som snarare utgörs av så kallade intangible costs.

Utöver simuleringsmodeller ser utredningen behov av att utforska och använda andra metoder, såsom metoder som baseras på RWE, för att följa samhällskostnaderna för ohälsa i befolkningen och riskfaktorer för ohälsa.

12 Vilka ekonomiska analyser behövs för att stärka folkhälsan i Sverige?

I detta kapitel kartlägger utredningen vilka typer av ekonomiska analyser och effektutvärderingar av folkhälsopolitiska insatser som bedöms vara nödvändiga för att stärka folkhälsan i Sverige. Kapitlet innehåller även förslag på en vägledande inriktning för framtida studier, baserat på den behovsanalys som utredningen genomfört.

Inledningsvis ges en kort och översiktlig beskrivning av det aktuella folkhälsoläget i Sverige såsom sjukdomsbörda, identifierade riskfaktorer samt hur sjukdomsbördan och dess riskfaktorer fördelar sig mellan olika socioekonomiska grupper. Därefter presenteras resultatet av SBU:s inventering av vilka folkhälsoinsatser som har utvärderats ur ett hälsoekonomiskt perspektiv, med utgångspunkt i folkhälsopolitikens åtta målområden. I det efterföljande avsnittet redovisas utredningens behovsanalys, med utgångspunkt i enkätsvaren och de dialoger som förts med berörda aktörer. Slutligen presenteras resultaten av ett rundabordssamtal med forskare, berörda myndigheter och aktörer.

12.1 Det aktuella folkhälsoläget – sjukdomsbörda, riskfaktorer och sjukfall

Detta avsnitt syftar till att ge en översikt av det aktuella folkhälso- läget i Sveriges befolkning. Syftet är att både att beskriva vilka sjukdomar och tillstånd som i dag orsakar störst sjukdomsbörda, både i form av förtida död och sjuklighet, dess riskfaktorer samt undersöka orsakerna bakom pågående sjukfall i den arbetsföra befolkningen.

I avsnittet beskrivs även skillnader i dessa utfall mellan olika grupper i samhället.

12.1.1 Sjukdomsburda och riskfaktorer enligt Global burden of disease (GBD)

GBD är ett internationellt forskningsprogram lett av Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) vid University of Washington. Syftet med GBD är att kvantifiera den globala sjukdomsburdan och identifiera relaterade riskfaktorer både inom och mellan länder.

I den senaste skattningen från 2021 identifierade GBD att nio av de av de tio vanligaste dödsorsakerna i Sverige beror på icke-smittsamma sjukdomar, däribland hjärt- och kärlsjukdom, Alzheimers sjukdom, stroke, lungcancer, KOL, cancer (kolorektal och prostata) och kronisk njursjukdom.¹

De tillstånd som bidrar mest till den totala sjukdomsburdan (mätt i funktionsjusterade levnadsår, DALY) i Sverige, både vad gäller för-tida död och funktionsnedsättning var hjärt- och kärlsjukdom, kroniska smärttillstånd (exempelvis ländryggssmärta och huvudvärkssyndrom), stroke, diabetes, demens (till exempel Alzheimers sjukdom), KOL, fallolyckor och psykisk ohälsa (till exempel depression).

Det finns betydande skillnader i sjukdomsburda, både vad gäller dödlighet och sjuklighet, mellan olika socioekonomiska grupper i Sverige. Enligt uppskattningar kan cirka 30 procent av sjukdomsburdan bland kvinnor och 37 procent bland män tillskrivas ojämlikheter i hälsa kopplade till socioekonomisk status. Bland kvinnor utgör hjärt- och kärlsjukdomar, psykisk ohälsa och stroke de största bidragen till de socioekonomiskt relaterade hälsoskillnaderna. Motsvarande tillstånd för män är hjärt- och kärlsjukdomar, alkoholrelaterade sjukdomar samt skador.²

De ledande riskfaktorerna för sjukdomsburdan i Sverige 2021 var bland annat högt blodtryck, högt BMI, tobaksbruk, kostrelaterade faktorer, högt blodsocker, hög alkoholkonsumtion, förhöjda kolesterolvärden, arbetsrelaterade orsaker, nedsatt njurfunktion samt narkotikabruk.³

¹ Covid-19 var den fjärde vanligaste dödsorsaken 2021 enligt IMHE, 2025.

² Ljung m.fl. 2005.

³ IHE 2025.

12.1.2 Hälsans samhällseliga förutsättningar

Resultaten från den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” (HLV), som genomförs av Folkhälsomyndigheten vartannat år, visade att den självskattade hälsan i den svenska befolkningen generellt är god, men att det samtidigt finns tydliga och ihållande skillnader i hälsa och livsvillkor mellan olika socioekonomiska grupper.⁴

HLV visar att psykisk ohälsa fortsätter att utgöra ett omfattande folkhälsoproblem, särskilt bland kvinnor. Allvarlig psykisk påfrestring är även vanligare bland utrikesfödda, personer med låg utbildningsnivå och individer i hushåll med låg inkomst.⁵

Vidare uppskattas cirka 100 000 vuxna och 70 000 barn och unga leva i hushåll där inkomsterna under flera år inte räckt till grundläggande behov. Detta motsvarar 1,6 procent av alla vuxna och närmare 3 procent av alla barn och unga.⁶

Uppemot 20 000 barn går årligen ut grundskolan utan gymnasiebehörighet. Dessa siffror belyser behovet av insatser för att stärka individers utbildnings- och försörjningsmöjligheter.⁷

Resultaten från HLV visar att cirka fem procent av befolkningen under det senaste året har utsatts för våld eller hot om våld. Förekomsten av våldsutsatthet är högre bland personer i hushåll med lägre inkomster.⁸ En betydande andel kvinnor i åldrarna 16–29, ungefär hälften av de svarande, uppger att de någon gång har avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla.⁹

HLV bekräftar även den väldokumenterade socioekonomiska ojämlikheten i ohälsosamma levnadsvanor. I linje med resultaten från GBD-studierna, visar HLV att personer med lägre socioekonomisk status i högre grad har riskfaktorer såsom daglig tobaksrökning, fysisk inaktivitet och ohälsosamma matvanor.¹⁰

⁴ Folkhälsomyndigheten 2025d.

⁵ Ibid s. 40.

⁶ Ibid s. 24.

⁷ Ibid s. 21.

⁸ Ibid s. 31.

⁹ Ibid s. 8.

¹⁰ Ibid s. 26–28.

12.1.3 Vilka sjukdomar och tillstånd orsakar pågående sjukfall i Sverige?

För att identifiera och följa folkhälsoutmaningar bland personer i arbetsför ålder (16 år och äldre) används indikatorer på ohälsa som belyser vilka sjukdomar och tillstånd som orsakar sjukfall som begränsar individens arbetsförmåga och delaktighet i arbetslivet, under förutsättning att individen mottagit ersättning från Försäkringskassan.¹¹ Ett sjukfall definieras som en sammanhängande period med utbetalning av sjukpenning, rehabiliteringspenning eller arbets-skadesjukpenning. Alla varianter av dessa ersättningsformer ingår i måttet.

Statistik från Försäkringskassan visar att kvinnor i högre utsträckning än män har pågående sjukfall.¹² Exempelvis visar statistiken från januari 2025, att kvinnor stod för cirka 65 procent av samtliga sjukfall.¹³ Psykiatriska diagnoser, det vill säga diagnoser kopplade till psykiska sjukdomar, syndrom och beteendestörningar, utgör den vanligaste orsaken till pågående sjukfall och står för nästan hälften av alla registrerade fall. Av dessa diagnoser är stressrelaterad psykisk ohälsa den dominerande orsaken, följt av sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven, rörelseorganens sjukdomar, som bland annat omfattar kroniska smärttillstånd som muskel- och ledvärk. Psykiatriska diagnoser och rörelseorganens sjukdomar står tillsammans för den största delen av sjukförsäkringens utgifter.¹⁴

Även skador och förgiftningar är vanliga orsaker till sjukfall, tätt följt av tumörsjukdomar samt sjukdomar i nervsystemet.

Sammanfattningsvis utgör psykisk ohälsa, smärtsjukdomar, skador samt tumörsjukdomar och sjukdomar i nervsystemet några av de främsta orsakerna till pågående sjukfall. Vidare framträder tydliga könsskillnader i förekomsten av dessa sjukfall.¹⁵

¹¹ Att använda hälsoindikatorer baserade på sjukskrivningsdata innebär en begränsning, eftersom de inte omfattar hela befolkningen utan exkluderar grupper som barn, äldre och personer utanför arbetsmarknaden. Trots detta utgör dessa indikatorer en värdefull källa för att belysa hälsoutmaningar inom arbetsmarknads- och socialförsäkringsområdet.

¹² Försäkringskassan 2025b.

¹³ Försäkringskassan 2025c.

¹⁴ Försäkringskassan 2011.

¹⁵ Försäkringskassan 2025d.

12.2 Vad finns det för ekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser i Sverige?

Utredningens uppdrag omfattar bland annat att kartlägga vilka hälsoekonomiska utvärderingar som kan behövas framöver för att kunna bedöma effekterna av olika folkhälsopolitiska insatser, samt att lämna förslag på en vägledande inriktning för framtida studier. För att kunna identifiera vilka utvärderingar som kan behövas framgent, krävs först en översikt av vad som redan finns på respektive målområde.

I syfte att inventera befintliga hälsoekonomiska utvärderingar inom folkhälsoområdet har utredningen gett SBU:s upplysningstjänst i uppdrag att kartlägga vilka folkhälsoinsatser i Sverige som har utvärderats ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Kartläggningen avser att täcka in folkhälsopolitikens åtta målområden, det vill säga:

1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

I bilaga 6 återfinns SBU:s underlag i sin helhet. Syftet med kartläggningen var att belysa vilka folkhälsopolitiska målområden som är mer respektive mindre beforskade än andra (i termer av ekonomiska utvärderingar), i syfte att identifiera områden där det finns behov av fler hälsoekonomiska underlag.

Frågeställning och avgränsningar har tagits fram i samarbete mellan utredningen och SBU:s upplysningstjänst. Följande frågeställning och avgränsning har formulerats enligt PICO-modellen, se tabell 12.1.¹⁶

¹⁶ PICO står för: P = patient/population/problem, I = intervention (insats, behandling), C = jämförelseintervention (insats, behandling), och O = utfallsmått.

Tabell 12.1 Framtaget PICO för litteratursökningarna

PICO	
Population	Invånare i Sverige (hel befolkning eller särskild grupp). Riskgrupper tas med men inte grupper med diagnostiserad sjukdom.
Intervention	Folkhälsoinsats inom något av de åtta folkhälsopolitiska målområdena. Insatsen ska syfta till att främja hälsa och/eller förebygga sjukdom. Behandlingar/insatser mot redan existerande sjukdom exkluderas. Hypotetiska interventioner exkluderas.
Control	Ingen eller annan insats.
Outcome	Kostnad per effekt, där den senare är mätt i termer av hälsa/livskvalitet eller dylikt, samt där effekterna uttrycks i monetära termer och analysens resultat presenteras som en nettokostnad (cost benefit).

SBU har genomfört litteratursökningar i databasen Scopus. Sökningen omfattade både systematiska översikter och primärstudier. Så kallad grå litteratur, det vill säga vetenskapligt icke-publicerat eller informellt publicerat material, har inte inkluderats i sökningen, eftersom det inte varit möjligt att identifiera sådana källor på ett systematiskt sätt inom ramen för detta uppdrag.¹⁷ Därmed omfattas inte ekonomiska utvärderingar som enbart publicerats av myndigheter men som inte förekommit i den vetenskapliga litteraturen. Detta innebär att analysen ska betraktas som en beskrivande och begränsad kartläggning av omfattningen av ekonomiska utvärderingar per målområde, baserad på studier publicerade i vetenskapliga tidskrifter.

Litteratursökningen omfattade enbart vetenskapliga artiklar publicerade från år 2010 och framåt. Endast artiklar där Sverige nämns i titel, abstract eller som nyckelord inkluderades. Eftersom syftet med arbetet är att inventera befintlig forskning inom respektive målområde har SBU inte bedömt studiernas metodologiska kvalitet, och inga resultat har analyserats eller redovisats.

SBU:s litteratursökning resulterade i totalt 3 090 artikelsammanfattningar.¹⁸ Två hälsoekonomer vid SBU granskade samtliga sammanfattningar oberoende av varandra. Efter genomgång följde diskussioner för att nå en gemensam bedömning av relevans i förhållande till frågeställningen. Sökningen omfattade såväl systematiska över-

¹⁷ Detta innebär att vi kan missa att identifiera relevanta källor.

¹⁸ Ett flödesschema för urvalsprocessen visas bilaga 6.

sikter som primärstudier. Totalt identifierades sju systematiska översikter och 81 primärstudier som relevanta för utredningens syfte.

Sammanställningen av relevanta källor presenteras i tabell 12.2 och visar att forskningsunderlaget av ekonomiska utvärderingar är särskilt begränsat inom målområdena:

- Målområde 3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
- Målområde 4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
- Målområde 7. Kontroll, inflytande och delaktighet i samhället.

Det begränsade underlaget kan ha flera orsaker, såsom brist på tillgängliga data eller frånvaro av väletablerade utfallsmått för att mäta utfall inom exempelvis områden såsom försörjningsmöjligheter eller samhällelig delaktighet.

Inom vissa områden, såsom insatser på arbetsmarknadsområdet, är det vanligare att effektutvärderingar genomförs snarare än fullständiga kostnadseffektivitetsanalyser.¹⁹ Brist på kostnadsdata över insatser utgör också ett hinder.²⁰

Tabell 12.2 Sammanställning av vilka folkhälsoinsatser i Sverige som har utvärderats ur ett hälsoekonomiskt perspektiv inom folkhälsopolitikens målområden

Målområde	Systematiska översikter	Primärstudier	Mest vanligt förekommande ämnesområden
1 Det tidiga livets villkor	0	19	Prenatalvård, föräldrastöd, barntandvård, vaccinationer, övervikt
2 Kunskap, kompetenser och utbildning	1	5	Suicidprevention och psykisk ohälsa, antimobbning, drogprevention
3 Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö	0	1	Sjukskrivning, arbetsmiljöinsatser
4 Inkomster och försörjningsmöjligheter	0	0	
5 Boende och närmiljö	0	8	Fallprevention, luftkvalitet, aktiv transport
6 Levnadsvanor	2	14	Tobak-, alkohol- och drogprevention, fysisk aktivitet, kost, övervikt/obesitas

¹⁹ SOU 2018:79 s. 175.

²⁰ Ibid.

Målområde	Systematiska översikter	Primärstudier	Mest vanligt förekommande ämnesområden
7 Kontroll, inflytande och delaktighet	0	0	
8 En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård	31	34	Cancerscreening, STI, vaccinationer, tandhälsa, psykisk ohälsa, suicidprevention
Ej kategoriserade	1	0	Insatser för äldre i kommunal kontext

SBU:s inventering visar att det saknas såväl primärstudier som systematiska översikter för de flesta målområdena. Det finns därför ett behov av ekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser på samtliga målområden men särskilt av insatser med bäring på målområden som berör arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, inkomster och försörjningsmöjligheter, samt kontroll, inflytande och delaktighet i samhället.

12.3 Identifierade behov av ekonomiska analyser utifrån utredningens dialoger, enkäter och workshops

För att identifiera behov av ekonomiska analyser på folkhälsoområdet har utredningen fört dialoger med berörda myndigheter och andra aktörer, genomfört en enkätundersökning samt deltagit på konferenser och anordnat en workshop.

12.3.1 Dialoger med berörda aktörer inom den idéburna sektorn

Utredningen har bland annat träffat flera idéburna aktörer som arbetar för att motverka några av samhällets största folkhälsoutmaningar, däribland cancer, hjärnans sjukdomar, hjärt- och lungsjukdomar, våld i nära relationer, alkohol- och narkotikarelaterade skador.

I dialogerna har dessa aktörer lyft behovet av ekonomiska utvärderingar av insatser som syftar till att främja hälsa på samhällsnivå, särskilt genom att främja individers levnadsförhållanden och förebygga ohälsosamma levnadsvanor.

Prioriterade ekonomiska utvärderingar rör insatser inom området som fysisk aktivitet, matvanor, tobaksanvändning, alkoholbruk, upplevd ensamhet, försörjningsmöjligheter samt ett liv fritt från våld och hot. Exempelvis lyfts behov av att utvärdera betydelsen av lagstiftning mot marknadsföring av ohälsosam mat och dryck till barn och unga samt insatser för att motverka användande av nikotinprodukter.

Flera aktörer understryker även vikten av att särskilt uppmärksamma både barn och unga samt den äldre befolkningen (65 år och äldre) i dessa sammanhang.

12.3.2 Dialoger med representanter från kommuner och regioner

Utredningen har under hösten 2024 haft möte med huvudmannagruppen till Rådet för styrning med kunskap (RSK) samt fört dialoger med representanter från utvalda kommuner och regioner. Utifrån dessa samtal har ett behov av fördjupade ekonomiska analyser inom flera områden identifierats, särskilt med koppling till det tidiga livets villkor. Detta omfattar bland annat ekonomiska analyser och effektutvärderingar av insatser som syftar till att främja barns och ungas psykiska hälsa, etablera goda levnadsvanor samt stärka föräldraskapet. Mer specifikt efterfrågas ett fördjupat nationellt kunskapsunderlag inom exempelvis områdena föräldrastödsprogram, familjerådgivning samt elevhälsoinsatser och andra psykosociala insatser i skolmiljö.

12.3.3 Enkätundersökning om behov av data

Från den enkätundersökning som utredningen genomförde under våren 2025 om datatillgång och databehov framkommer ett flertal områden där det finns behov av ekonomiska analyser och utvärderingar.

Det efterfrågas ekonomiska analyser samt effektutvärderingar av hälsofrämjande insatser för att öka fysisk aktivitet, förbättra matvanor och interventioner för att motverka användningen av nikotinprodukter. Även insatser för att motverka skolavhopp och utebliven gymnasieexamen lyfts fram, liksom behovet av att följa upp insatser inom

barn- och ungdomspsykiatri (BUP), särskilt med avseende på hur det går för barn över tid vad gäller skolgång, arbetsmarknadsdeltagande och hälsa.

Vidare efterfrågas ekonomiska analyser och effektutvärderingar av familjerådgivning och öppna socialtjänstinsatser, samt hur föräldraskapsstödjande insatser påverkar barn i skolmiljö. Behovet av bättre uppföljning av insatser som ges utan biståndsbeslut lyfts också fram, liksom analyser av äldres försörjningsförmåga och hälsoeffekterna av ekonomisk utsatthet bland äldre.

Slutligen framhålls behovet av utvärderingar av kommunala arbetsmarknadsinsatser, särskilt för grupper som står långt från arbetsmarknaden.

12.3.4 Rundabordssamtal

Var finns det stora hälsoutmaningar i samhället?

Hälsoutmaningar i termer av sjukdomsbörda, sjuktal och påverkbara bestämningsfaktorer:

För att identifiera relevanta områden föreslogs att utgå från sjukdomsbörda, sjuktal och utvecklingen i de påverkbara bestämningsfaktorerna. Som ett exempel lyftes psykisk ohälsa, bland unga, som ett område av särskild betydelse med oroande utveckling och omfattande samhällskostnader.

Framtida utmaningar inom vården:

Kompetensförsörjning och behovet av jämlik tillgång till god vård över hela landet identifierades som centrala utmaningar. Förebyggande och hälsofrämjande insatser mot folksjukdomar som cancer och hjärt-kärlsjukdomar framhölls som särskilt viktiga att studera, särskilt i ljuset av en åldrande befolkning. Även utvärderingar av sjukvårdssystem och modeller för att öka produktiviteten inom primärvården lyftes som angelägna.

Socioekonomiska skillnader och kompensatoriska insatser:

De hälsoklyftor som finns mellan socioekonomiska grupper diskuterades som ett stort hinder för jämlik hälsa. Tidiga insatser i livet lyftes fram som särskilt viktiga för att minska dessa klyftor. Det betonades att samhället behöver skapa förutsättningar som främjar goda livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor.

Bredd i analysområden:

Det framhölls att ekonomiska analyser och utvärderingar inte bör begränsas till levnadsvanor, utan omfatta insatser inom samtliga folkhälsopolitiska målområden. Betydelsen av breda och kontinuerliga välfärdsinsatser, såsom tillgång till utbildning av hög kvalitet och sociala trygghetssystem, lyftes som avgörande för att främja jämlikhet och motverka ekonomisk utsatthet.

Goda erfarenheter av projekt med ekonomiska analyser*Etablerade områden med frekvent användning:*

Ekonomiska analyser används regelbundet inom områden som vaccinationer, screeningprogram och läkemedel, där de ofta utgör underlag för beslutsfattande. Dessa områden har etablerade strukturer för utvärdering och metodstöd.

Kommunala och regionala initiativ:

Det finns flera goda exempel från kommuner och regioner där utfallsfokuserade arbetssätt har testats. Sju regioner och 110 kommuner har använt eller använder utfallsfokuserade arbetssätt. Det finns stor erfarenhet i regioner och kommuner att genomföra behovsanalyser, identifiera riskgrupper, avsätta resurser och genomföra utvärderingar. Dessa insatser har i vissa fall legat till grund för beslut om fortsatt finansiering eller förändrade arbetssätt.

Långsiktiga uppföljningar:

Västernorrland lyftes som ett exempel på en region som följt upp och utvärderat projekt under lång tid. Sådana långsiktiga satsningar ger möjlighet att studera effekter över tid och skapa lärande strukturer.

Goda exempel på samverkan mellan kommun och akademien:

Ett aktuellt exempel är ett projekt som leds av forskare vid Karolinska Institutet och Stockholms stad, där skolgårdar utformas för att främja fysisk aktivitet. Projektet använder randomisering för att möjliggöra effektutvärdering.

Metodologiska utmaningar:

Trots goda exempel kvarstår utmaningar, särskilt kring extrapolering av effekter från folkhälsoinsatser. Dessa insatser har ofta breda och indirekta effekter, vilket gör det svårt att isolera och kvantifiera deras påverkan. Pandemin illustrerade detta tydligt, eftersom flera insatser genomfördes samtidigt och effekterna var svåra att knyta till en viss insats.

Vägledande inriktning för kommande studier*Prioriterade områden:*

Flera deltagare lyfte behovet av att fokusera på områden med stor sjukdomsburda och samhällskostnad, såsom:

- psykisk ohälsa,
- våld i nära relationer,
- livsstilsrelaterade sjukdomar, och
- barn och ungas hälsa.

Obesitas nämndes särskilt som ett växande problem med tydliga kopplingar till ökande sociala klyftor. Framför allt obesitas bland barn och unga betonas som särskilt angeläget.

Universella och riktade insatser:

Det framhölls att både universella och riktade insatser behöver utvärderas. Universella och riktade insatser är viktiga komplement till varandra. Proportionell universalism lyftes som ett ramverk för att kombinera breda insatser med extra resurser till riskgrupper. Exempelvis föreslogs att ungdomar med flera riskfaktorer (till exempel psykisk ohälsa, kriminalitet, narkotikabruk) kan vara en relevant målgrupp för riktade insatser.

Folkhälsa inom alla sektorer:

Flera deltagare betonade vikten av att inkludera folkhälsoperspektiv i insatser utanför hälsoområdet, såsom förändringar i matmoms, bullerregler eller mobilförbud i skolor. Det efterfrågades resurser för vetenskapliga utvärderingar av sådana policyförändringar.

Skolans roll är särskilt viktig:

Utbildning av hög kvalitet är en av de allra mest centrala förutsättningarna för individers hälsa och välbefinnande under hela livsloppet. Inom skolan sker även förebyggande och hälsofrämjande arbete genom bland annat elevhälsan. Hälsosamtal och andra insatser inom skolans ordinarie verksamhet bör prioriteras, snarare än att lägga fokus på externa insatser. Vidare framkom att Skolverket och andra myndigheter med indirekta folkhälsoupdrag bör involveras mer aktivt.

Arbetsliv och sjukskrivning:

Insatser för återgång i arbete lyftes som ett prioriterat område. Evidens saknas ofta trots att sjukskrivningar innebär stora samhällskostnader. Det finns få kostnadseffektivitetsanalyser inom detta fält, och metoderna behöver utvecklas.

Policyinsatser och beteendeförändring:

Studier av effekter av policyinsatser som påverkar beteenden och normer, såsom rökfria miljöer, efterfrågades. Dessa kan ha breda effekter på beteenden och hälsa, och bör inkluderas i framtida utvärderingar.

Ökad användning av effektutvärderingar:

Det finns ett stort behov av att systematiskt utvärdera effekterna av genomförda folkhälsoinsatser inom hela det breda folkhälsoområdet. Effektutvärderingar är centrala för att bedöma insatsers kostnadseffektivitet. Sådana utvärderingar kan genomföras genom att kombinera registerbaserade data med kvasi-experimentella metoder, vilket möjliggör mer robusta slutsatser om orsakssamband. Det är även viktigt att insatser implementeras på ett sådant sätt att de möjliggör efterföljande utvärdering.

Metodutveckling:

Det finns ett tydligt behov av att vidareutveckla metoder för att bättre fånga effekter av preventiva insatser. Exempelvis diskuterades problematiken kring diskontering av framtida vinster, där flera ansåg att nuvarande praxis riskerar att undervärdera långsiktiga effekter. Frågan om tröskelvärden för kostnadseffektivitet lyftes också som viktig att vidareutveckla, särskilt i relation till prevention och livskvalitet.

Implementering och nyttiggörande:

Flera deltagare betonade att hälsoekonomiska analyser bör inkludera stöd för implementering. Det saknas i dag strukturer för att följa upp hur insatser faktiskt genomförs och sprids. Kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården nämndes som en möjlig plattform för att testa och skala upp utvärderingsmodeller.

12.3.5 Slutsatser och diskussion

Sammantaget visar data från GBD-studierna, den nationella folkhälsoenkäten HLV samt Försäkringskassans statistik att det finns tydliga skillnader i hälsa mellan olika grupper i den svenska befolkningen, bland annat utifrån kön, ålder och socioekonomisk status. Skillnaderna gäller både hälsorelaterade utfall, livsvillkor och levnadsvanor.

Psykisk ohälsa, kroniska smärttillstånd, tumörsjukdomar och kardiovaskulära sjukdomar är några av de mest framträdande folkhälsoutmaningarna. En betydande andel av dessa sjukdomar är möjliga att förebygga.

Ohälsa och dess riskfaktorer har en tydlig inkomst- och socioekonomisk gradient, och könsskillnaderna är fortsatt stora. Förutsättningarna för god hälsa varierar kraftigt mellan olika grupper i samhället, och faktorer som utbildning²¹, försörjningsmöjligheter²² och delaktighet²³ i samhället har en avgörande betydelse. Exempelvis visar en studie att inkomstgradienten i förväntad livslängd i Sverige har ökat mellan 1960 och 2021. Detta trots en minskad inkomstjämlighet och ökade sociala utgifter i Sverige under perioden 1960–1990. Den ökade skillnaden i livslängd förklaras i hög grad av sjukdomar som anses möjliga att förebygga.²⁴

Slutsatserna från rundabordsamtalen berör vikten av ekonomiska utvärderingar för insatser om exempelvis psykisk ohälsa, livsstilsrelaterade sjukdomar med betoning på samhällseliga förutsättningar för goda levnadsvanor, samt våldsutsatthet och ekonomisk utsatthet. Utmaningar med att möta framtidens vårdbehov lyftes också som ett prioriterat område.

För kommande studier behövs ett fokus både på riktade och universella insatser. Den generella välfärdens betydelse för folkhälsan betonas särskilt. Barns och ungas hälsa, livsvillkor och levnadsvanor ska vara en utgångspunkt för kommande studier, men även äldres hälsa lyfts fram.

²¹ Lager & Torssander 2012.

²² Finkelstein m.fl. 2022.

²³ SOU 2016:55 s. 137.

²⁴ Hagen m.fl. 2025.

13 Utredningens förslag och bedömningar

Utredningen har haft i uppdrag att komplettera det folkhälsopolitiska ramverket med hälsoekonomiska analyser för att bättre kunna identifiera insatser som främjar en god och jämlik hälsa i befolkningen. Mot denna bakgrund lämnar utredningen flera förslag som syftar till att stärka uppföljningen av folkhälsan och utvärderingen av folkhälsopolitiken. Om förslagen genomförs bedöms de kunna leda till mer effektiva och kostnadseffektiva folkhälsoinsatser och därigenom bidra till målet om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Förslagen om förbättrad datatillgång kan dessutom stärka forskningen och Sveriges ställning som life science-nation.

13.1 Utredningens förslag i korthet

I tabell 13.1 sammanfattas utredningens förslag. Det första förslaget handlar om att Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag att vidareutveckla och förvalta det föreslagna hälsoekonomiska ramverket för folkhälsopolitiken. Förslaget innebär bland annat att myndigheten ska göra både ex-post- och ex-ante-utvärderingar inom den breda folkhälsopolitiken. Simuleringsmodeller, registerdata och kvasi-experimentella metoder ska användas för att följa folkhälsan, uppskatta samhällskostnader förknippade med ohälsa och utvärdera folkhälsopolitiken. Förslaget omfattar även ett utökad forskningsuppdrag om hälsoekonomisk metodik för att bygga upp, stärka och bibehålla kompetensen på området.

Folkhälsomyndigheten föreslås dessutom få i uppdrag att, tillsammans med SBU och Socialstyrelsen, stärka sitt stöd till regeringen, andra myndigheter och kommuner och regioner genom att bygga

upp en kunskapsbank om effektiva folkhälsoinsatser. Detta arbete ska även synliggöra områden där evidens saknas och där ytterligare forskning behövs. Folkhälsomyndigheten föreslås också få i uppgift att, tillsammans med andra berörda aktörer, ge tillämpat och praktiskt stöd till kommuner och regioner i att använda hälsoekonomisk metodik. Folkhälsomyndigheten ska även ge stöd till samtliga förvaltningsnivåer i att utforma insatser så att de går att utvärdera i efterhand. Slutligen föreslås myndigheten få i uppdrag att skapa en förteckning över relevanta datakällor på folkhälsoområdet.

Utredningen föreslår också att regeringen inrättar en myndighetsövergripande samverkansfunktion för metodval och överväganden vid ekonomiska analyser på folkhälsoområdet. Samverkansfunktionen föreslås få i uppgift att ta fram riktlinjer för ekonomiska analyser på folkhälsoområdet. Riktlinjerna bör exempelvis omfatta terminologi, metodval, diskonteringsränta, etiska överväganden, hantering av osäkerhet och indirekta kostnader samt tröskelvärden för rimliga kostnadseffektivitetsnivåer. Funktionen föreslås ledas av ESV (från och med 1 januari 2026 byter ESV namn till Statskontoret).

Ett annat förslag gäller stöd för att utveckla metoder som hantear bortfall i urvalsundersökningar, både genom att öka svarsfrekvensen och kompensera för bortfall, samt att samordna urvalsundersökningar för ökad effektivitet. Statistiska centralbyrån har omfattande erfarenhet på området och föreslås därför få ett utökat uppdrag att stödja och samordna undersökningar bland myndigheter och andra relevanta aktörer.

Utredningen föreslår också att datatillgången och datakvaliteten bör stärkas inom flera områden. Dessa områden rör bland annat:

- utökade uppgifter om primärvården
- elevhälsodata
- skolfrånvaro
- vaccinationer.

Utredningen bedömer att dessa områden bör prioriteras. Utredningen föreslår även utökad insamling av uppgifter till exempel patientregistret, medicinska födelseregistret och tandhälsoregistret, för att öka möjligheterna att följa befolkningens livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor. Exempelvis bedöms det som prioriterat att

Socialstyrelsen återupptar registreringen av olika typer av våld i nära relationer.

Dessutom föreslår utredningen att utökade uppgifter om kostnad per patient ska prioriteras och att dessa data ska samlas in på nationell nivå med en statlig myndighet som huvudman. Utredningen föreslår även att det hälsorelaterade livskvalitetsmättet EQ-5D ska samlas in som en del av den nationella folkhälsoenkäten.

Utredningen konstaterar att det saknas uppgifter om vård- och omsorgsinsatser inom viktiga områden, bland annat den statliga vård som bedrivs inom exempelvis Statens institutionsstyrelse (SiS). Uppgifter om vårdinsatserna inom SiS ingår i dagsläget inte i något register och kan därför inte följas på gruppnivå. Utredningen lyfter även att andra viktiga uppgifter saknas på nationell nivå, till exempel uppgifter om korttidssjukfrånvaro och arbetade timmar samt uppgifter från företagshälsovården.

Det finns ett behov av effektutvärderingar av folkhälsoinsatser inom hela det breda folkhälsoområdet. Effektutvärderingar är en förutsättning för att kunna bedöma kostnadseffektiviteten hos olika folkhälsopolitiska insatser. Vidare bedömer utredningen att det behövs kostnadseffektivitetsanalyser av både generella och riktade insatser inom samtliga folkhälsopolitiska målområden. Utredningen bedömer att det är särskilt prioriterat med ekonomiska utvärderingar av insatser som rör barns och ungas livsvillkor och insatser som främjar äldre individers hälsa. Dessutom är det viktigt med ekonomiska utvärderingar av insatser som syftar till att främja och förebygga övervikt och fetma, psykisk ohälsa och negativa effekter av sociala medier.

Slutligen konstaterar utredningen att det behövs fördjupade studier om metodologiska och etiska överväganden vid ekonomiska analyser inom folkhälsoområdet.

Tabell 13.1 Sammanfattning av förslagen

Förslag	Kapitel	Kort beskrivning
Ett samlat uppdrag till Folkhälsomyndigheten om stärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsan och folkhälsopolitiken	13.2	Förslaget handlar om att vidareutveckla och förvalta det föreslagna hälsoekonomiska ramverket på folkhälsområdet. Det omfattar även en översyn av indikatorsystemet, utvärderingar inom hela folkhälsopolitiken, metodstöd till stat, region och kommun, vidareutveckling av simuleringsmodeller samt användning av registerdata och kvasiexperimentella metoder för att följa folkhälsan och skatta samhällets kostnader för ohälsa. Dessutom föreslås ett utökad forskningsuppdrag för att stärka kompetensen inom hälsoekonomiska metoder.
Myndighetsövergripande samverkan om metodval för ekonomiska analyser	13.3	Förslaget handlar om att inrätta ett hälsoekonomiskt sekretariat för att utveckla och förvalta myndighetsgemensamma riktlinjer för ekonomiska analyser inom folkhälsområdet. Riktlinjerna bör till exempel omfatta terminologi, metodval, diskonteringsränta, etiska överväganden, hantering av osäkerhet och indirekta kostnader samt tröskelvärden för rimliga kostnadseffektivitetsnivåer.
Metodhubb för bättre datakvalitet, svarsfrekvenser och extrapolering	13.4	Förslaget handlar om att inrätta en nationell metodhubb för att stärka kompetens och driva metodutveckling inom urvalsundersökningar och annan uppgiftsinhämtning.
Stärkt tillgång till data för ekonomiska analyser och utvärderingar	13.5	Förslaget handlar om att stärka datatillgången och datakvaliteten inom samtliga folkhälsopolitiska målområden. Det gäller till exempel data om kostnader per patient samt uppgifter från elevhälsa, företagshälsovård och statlig hälso- och sjukvård eller sjukvård av primärvårdskaraktär. Analysen tydliggör vilka specifika databristar som finns och utredningen ger förslag på uppdrag för att åtgärda dem.
Vägledande inriktning för kommande studier	13.6	Förslaget belyser behovet av ekonomiska utvärderingar av generella och riktade insatser inom alla folkhälsopolitiska områden. Särskilt prioriterade är bland annat insatser som rör barns och ungas livsvillkor och insatser som främjar äldre individers hälsa.

13.2 Ett samlat uppdrag till Folkhälsomyndigheten om stärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsan och folkhälsopolitiken

Förslag från utredningen

Utredningen föreslår ett dynamiskt hälsoekonomiskt ramverk för att möta den komplexitet som präglar ekonomiska analyser inom folkhälsoområdet. Ramverket består av en rad olika metoder för ekonomiska analyser och effektutvärderingar och kräver en tvärssektoriell samordning. Ramverket ska bidra till att stärka beslutsunderlag för insatser inom det breda folkhälsoområdet och främja en mer effektiv resursanvändning inom samtliga områden och sektorer.

Folkhälsomyndigheten är den expertmyndighet som har ett samlat ansvar för folkhälsofrågor. Myndigheten har en central roll i att sammanställa, analysera och kommunicera kunskap som ligger till grund för evidensbaserade beslut inom folkhälsoområdet. Utredningen bedömer därför att det är ändamålsenligt att Folkhälsomyndigheten får huvudansvaret för att förvalta och vidareutveckla ett hälsoekonomiskt ramverk för folkhälsoarbetet. Ramverket bör vidareutvecklas i nära samverkan med andra myndigheter som verkar inom de folkhälsopolitiska målområdena.

13.2.1 Utgångspunkter i direktiven

Utredningen har i uppdrag att

- 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,
- 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,

- 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 att komplettera det nuvarande systemet med hälsoekonomiska analyser,
- analysera och föreslå hur samordning och samverkan ska ske med berörda myndigheter och övriga aktörer, och
- analysera och föreslå hur hälsoekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser och långsiktiga och jämförbara uppföljningar av och prognoser över samhällskostnader för påverkbara riskfaktorer för ohälsa löpande kan kommuniceras till olika samhällsaktörer, på ett lättillgängligt och målgruppsanpassat sätt.

13.2.2 Folkhälsomyndigheten föreslås som ansvarig myndighet för att vidareutveckla och förvalta ett hälsoekonomiskt ramverk

Förslagen som presenteras nedan syftar till att stärka uppföljningen av hälsan i befolkningen och hälsans påverkbara bestämningsfaktorer, främja tvärssektoriell samverkan och bredda användningen av ekonomiska analyser och effektutvärderingar inom hela folkhälsoområdet.

I Sverige är det flera aktörer som utför hälsoekonomiska och närliggande analyser inom folkhälsoområdet. Det finns ingen central funktion med ansvar för att samordna ekonomiska analyser på hälsoområdet eller att utveckla analysmetoderna. I kapitel 7 redovisas utredningens kartläggning av hur olika myndigheter och offentliga aktörer utför och utvecklar ekonomiska, eller närliggande, analyser inom folkhälsoområdet. Bland aktörerna finns TLV, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, SBU, regionala enheter för medicinsk utvärdering (Health Technology Assessment, HTA-enheter) och forskningsmiljöer.

Utredningens kartläggning visar att kostnadseffektivitetsanalyser är särskilt vanliga inom områden där det finns juridiska krav på att bedöma kostnadseffektivitet, exempelvis på läkemedelsområdet, vaccinationsområdet och i viss mån inom hälso- och sjukvården.

Däremot saknas en särskild rättslig reglering av det samlade folkhälsoarbetet, till skillnad från i exempelvis Norge där det finns en specifik folkhälso lag (se kapitel 7). I Sverige styrs folkhälsoarbetet i stället genom flera områdesspecifika lagar, förordningar och riksdagsbeslutade mål.

Mot den bakgrunden bedömer utredningen att Folkhälsomyndigheten bör få huvudansvaret för att folkhälsan och folkhälsopolitiken systematiskt utvärderas och följs upp ur ett ekonomiskt perspektiv samt för att samordna detta arbete. Vidare bör ansvarsfördelningen mellan berörda aktörer tydliggöras i relation till det föreslagna uppdraget.

Folkhälsomyndigheten har bland annat i uppdrag att främja en god och jämlik hälsa, förebygga sjukdomar och samordna det nationella folkhälsoarbetet samt bidra till att folkhälsoarbetet bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Utredningen anser därför att det är ändamålsenligt att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att bredda och vidareutveckla sin verksamhet genom hälsoekonomiska metoder för att följa folkhälsan och utvärdera folkhälsopolitiken.

Nedan presenteras konkreta förslag på hur det befintliga folkhälsopolitiska ramverket och den stödstruktur som Folkhälsomyndigheten utvecklat kan kompletteras med ekonomiska och andra relaterade metoder.

13.2.3 Stärkt uppföljning av folkhälsan

Förslag från utredningen

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att se över indikatorsystemet och säkerställa att utvalda kärnindikatorer är ändamålsenliga för att följa utvecklingen av folkhälsan, baserat på tillgängliga data, samt säkerställa att alla kärnindikatorer har ett samband med det utfall som avses. Det bör även vara möjligt att följa kärnindikatorer över tid och bryta ned dem utifrån kön, ålder, socioekonomisk bakgrund och geografi (när sådan uppdelning är relevant och möjlig utifrån indikatorns definition).

Folkhälsomyndigheten bör även ansvara för att formulera specifika målsättningar för ett urval av kärnindikatorer för hälsa. På så sätt ska det bli möjligt att årligen mäta utvecklingen mot målet om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation,

vilket är en del av det övergripande målet för folkhälsopolitiken i Sverige.

Utredningen föreslår också att regeringen utser sektorsansvariga myndigheter för målområdena inom folkhälsopolitiken och dess kärnindikatorer.

Slutligen föreslår utredningen att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att utveckla och förvalta simuleringsmodeller och använda befintliga longitudinella dataregister för att kontinuerligt följa utvecklingen av hälsan i befolkningen samt bedöma samhällsekonomiska konsekvenser av ohälsa.

Skäl till förslagen

Regeringens direktiv uttrycker att det folkhälsopolitiska ramverket ska kompletteras med hälsoekonomiska analyser, till exempel

- deskriptiva analyser som ger en nulägesbild av de övergripande samhällskostnaderna för olika påverkbara riskfaktorer för ohälsa
- prognoser över utvecklingen av de övergripande samhällskostnaderna för olika påverkbara riskfaktorer för ohälsa.¹

Ekonomiska analyser kan ge värdefull kunskap om samhällskostnader som är kopplade till ohälsa och riskfaktorer för ohälsa, och vara ett viktigt stöd till beslutsfattare i arbetet med att utforma en träffsäker och effektiv folkhälsopolitik. I enlighet med sitt uppdrag bedriver Folkhälsomyndigheten redan ett omfattande arbete med att förmedla kunskap om folkhälsans bestämningsfaktorer, utveckla främjande och förebyggande metoder och utveckla hälsoekonomisk metodik inom folkhälsoområdet. Utredningen bedömer att detta arbete har stor betydelse för myndighetens förmåga att vidareutveckla och förvalta ett hälsoekonomiskt ramverk på folkhälsoområdet.

Utredningens analyser och kartläggningar, som presenteras i kapitel 12, visar att det finns en stor efterfrågan på ekonomiska analyser inom folkhälsoområdet från myndigheter, regioner och kommuner. Samtidigt framgår det att det behövs bättre förutsättningar vad gäller tillgång till data, kunskapsunderlag och, i vissa fall, hälsoekonomisk kompetens. Utredningens analyser visar att det finns ett

¹ Dir. 2024:21 s. 4.

fortsatt behov av att kunna följa hälsan och dess påverkbara bestämningsfaktorer på nationell, regional och lokal nivå.

I kapitel 5 redogör utredningen för Folkhälsomyndighetens arbete med stödstrukturen och det tillhörande indikatorsystemet. Utredningen bedömer dock att det finns ett behov av att förtydliga och stärka uppdraget för myndigheten om att följa:

- hälsans utveckling i befolkningen
- utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer
- samhällsekonomiska konsekvenser av ohälsa (och hälsa), inklusive kostnader för utebliven hälsa.

Ett sådant uppdrag bör även innefatta att vidareutveckla det befintliga ramverket och stödstrukturen. I avsnitten nedan finns en mer detaljerad beskrivning av förslagen.

Förslag om uppdaterat indikatorsystem

För att kunna bedöma om samhället rör sig mot det nationella folkhälsopolitiska målet om god och jämlik hälsa, behöver indikatorerna vara både tillgängliga och tillräckligt detaljerade för att brytas ned på regional och lokal nivå. Möjligheten att följa hälsans utveckling är avgörande för beslutsfattare på samtliga förvaltningsnivåer.

Det pågår ett utvecklingsarbete inom Folkhälsomyndigheten med framtagandet av indikatorer. I dagsläget saknas data på myndigheten, eller etablerade definitioner, för kärnindikatorer inom fem områden, vilket beskrivs i kapitel 9. För vissa indikatorer saknas en beslutad definition, till exempel det samlade måttet på sjuklighet. För andra indikatorer saknas däremot nödvändiga data hos myndigheten, som uppgifter om andelen förskolelärare med pedagogisk högskoleexamen eller om överskulsättningen.

Mot den bakgrunden bedömer utredningen att Folkhälsomyndigheten bör få i uppdrag att se över indikatorsystemet och säkerställa att kärnindikatorer kan mätas och följas över tid samt brytas ner på regional och lokal nivå. Detta bör myndigheten göra i samverkan med kommuner och regioner. I relevanta fall bör indikatorerna även kunna brytas ned utifrån kön, åldersgrupper och socioekonomisk

bakgrund, för att få en mer detaljerad analys av folkhälsan och hälsans fördelning i samhället.

Indikatorsystemet kan även användas som utgångspunkt för att följa samhällskostnader som är förknippade med ohälsa samt olika påverkbara risk- och skyddsfaktorer (vilket beskrivs närmare i kapitel 9).

Vidare anser utredningen att det finns behov av att kvantifiera vad som krävs för att nå det övergripande målet om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna i befolkningen inom en generation (likt arbetet med Agenda 2030 och de globala målen). Att kunna kvantifiera framstegen är ett viktigt för beslutsfattare för att kunna bedöma hur långt samhället har kvar till måluppfyllelse. Sammanfattningsvis föreslår utredningen följande:

- Folkhälsomyndigheten ska samverka med Statistiska centralbyrån (SCB) och andra aktörer för att förbättra datatillgången och uppföljningsmöjligheterna.
- I de fall data inte är tillgängliga bör Folkhälsomyndigheten välja en annan indikator.
- I översynen bör myndigheten ta ställning till om de valda indikatorerna är de bäst lämpade för att beskriva hälsans påverkbara bestämningsfaktorer, eller om det finns andra eller ytterligare indikatorer som bör användas.

Förslag om tvärssektoriell samverkan och tydlig ansvarsfördelning

Folkhälsopolitiken är tvärssektoriell och kräver samordning mellan olika myndigheter och andra aktörer. I dagsläget är ansvarsfördelningen mellan myndigheter inte tydlig, vilket gör det svårt att effektivt genomföra och följa upp folkhälsopolitiken. Därför ser utredningen ett stort behov av att skapa en mer aktiv och samordnad folkhälsopolitik genom att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan de berörda myndigheterna. Utredningen föreslår därför att regeringen utser ansvariga myndigheter för varje målområde inom folkhälsopolitiken.

Syftet med förslaget är att varje målområde inom folkhälsopolitiken, och dess kärnindikatorer, ska ha en eller flera tydligt utsedda

kärnmyndigheter. En tydlig ansvarsfördelning möjliggör bättre uppföljning och styrning och gör det dessutom lättare att genomföra och utvärdera insatser. De utsedda myndigheterna bör få ett aktivt ansvar för att följa upp och genomföra den del av folkhälsopolitiken som rör respektive myndighets verksamhetsområde. För att tydliggöra ansvarsfördelningen föreslår utredningen att ansvaret preciseras i myndighetsinstruktionerna.

Folkhälsomyndigheten har sedan tidigare ansvar för att samordna folkhälsoarbetet, men får enligt förslaget i uppdrag att samordna det förstärkta tvärssektoriella arbetet med stöd i ett utökat folkhälsouppdrag för utvalda kärnmyndigheter. Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att etablera strukturer för samverkan, följa upp och stödja kärnmyndigheternas arbete och sprida kunskap och erfarenheter mellan de berörda aktörerna.

Utredningen bedömer att följande är relevanta kärnmyndigheter:

1. Arbetsförmedlingen
2. Arbetsmiljöverket
3. Boverket
4. Brottsförebyggande rådet
5. Försäkringskassan
6. Livsmedelsverket
7. Naturvårdsverket
8. Skolverket
9. Socialstyrelsen
10. Trafikverket
11. Tillväxtverket.

Förslaget om kärnmyndigheter syftar till att folkhälsopolitiken ska kunna integreras i olika sektorer på ett mer strukturerat och effektivt sätt. Utredningen bedömer att en integrering av folkhälsoperspektivet är en förutsättning för att utveckla ett hälsoekonomiskt ramverk inom folkhälsoområdet, och därigenom stärka uppföljningen och utvärderingen av folkhälsopolitiken. Ett effektivt folkhälsoarbete är betydelsefullt för att förbättra befolkningens hälsa, och

därmed viktigt för att öka samhällets motståndskraft vid kriser och andra påfrestningar. Förslaget bedöms också kunna bidra till att stärka det svenska systemet för civilberedskap.

Förslag om simuleringsmodeller och real-world-data

Simuleringsmodeller är användbara verktyg för att utvärdera effekter av hälsofrämjande och förebyggande insatser på befolkningsnivå. Modellerna gör det möjligt att ta fram scenarier och prognoser av framtida folkhälsoutfall, för att uppskatta framtida resursbehov inom hälso- och sjukvården och andra samhällssektorer samt beräkna indirekta kostnader till följd av produktionsbortfall.

Sedan 2018 bedriver Folkhälsomyndigheten ett omfattande arbete med att utveckla simuleringsmodeller, i synnerhet SESIM och NCDsim. Simuleringsmodeller används för att analysera den långsiktiga utvecklingen av riskfaktorer för ohälsa och uppskatta effekterna av olika folkhälsopolitiska åtgärder.

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att ansvara för förvaltning och vidareutveckling av simuleringsmodeller, som SESIM och NCDsim, i syfte att följa utvecklingen av ohälsa i befolkningen och de samhällskostnader som är förknippade med ohälsan. Arbetet ska ske i samverkan med andra berörda myndigheter och akademien, och särskilt aktörer med erfarenhet av liknande modeller, för att säkerställa att modellerna är transparenta och relevanta och håller hög kvalitet.

Vidare föreslår utredningen att Folkhälsomyndigheten bör nyttja befintliga longitudinella detaljerade registerdata för att följa samhällskostnader som är förknippade med ohälsa, med både en deskriptiv och en kontrafaktisk ansats (genom exempelvis kvasi-experimentell studiedesign).²

För att säkerställa fortsatt utveckling och användning av dessa modeller krävs ett tydligt förvaltningsuppdrag och resurser. Det innefattar

- kompetensförsörjning för metodutveckling, genomförande av analyser, validering samt dokumentation av modellerna.
- god tillgång till data, med möjlighet till kontinuerlig uppdatering.

² Se kapitel 10.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att Folkhälsomyndighetens arbete med simuleringsmodeller och andra metoder skulle kunna bidra till mer jämförbara och transparenta skattningar av de samhällsekonomiska konsekvenserna av ohälsa över tid. Detta bedöms ha stor betydelse för att identifiera prioriterade områden inom folkhälsan och synliggöra värdet av insatser som främjar en god och jämlik hälsa i befolkningen.

13.2.4 Folkhälsomyndigheten föreslås få utökad uppdrag om ekonomisk utvärdering och effektutvärdering av insatser inom hela folkhälsoområdet

Förslag från utredningen

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att utföra ex-ante- och ex-post-utvärderingar för samtliga målområden inom folkhälsopolitiken. Ex-ante-utvärderingar bör inkludera insatser inom hela folkhälsoområdet, oavsett målområde. Vidare föreslås att myndigheten gör arbetet med ex-post-utvärderingar till en del av sin verksamhet (och stärker sin analyskompetens inom detta område). Folkhälsomyndigheten kan med fördel inspireras av tidigare forskning³ som belyser hur samhällsreformer påverkar hälsa. Myndighetens nuvarande verksamhet ska breddas till att täcka samtliga målområden inom folkhälsopolitiken. Ex-ante-utvärderingar ska omfatta insatser på hela folkhälsoområdet.

Utredningen föreslår även att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att stödja pilotverksamheter inom folkhälsoområdet genom att erbjuda stöd till regeringen, regionerna och kommunerna i hur insatser kan utformas och implementeras för att kunna utvärdera insatsen i efterhand.

Slutligen föreslås att myndigheten får fortsatt uppdrag att främja utfallsfokuserade arbetsätt och investeringsmodeller.

³ Se exempelvis Fischer m.fl. 2013 s. 3596–3618, Seblova m.fl. 2021, Fischer m.fl. 2021 s. 3–49, Karlsson & Nilsson 2018, Van den Berg & Siflinger 2022.

Skäl till förslagen

I syfte att skapa en mer kunskapsbaserad folkhälsopolitik bedömer utredningen att det finns skäl att utveckla arbetet med att utvärdera folkhälsoinsatser inom folkhälsopolitikens samtliga målområden. En effektiv folkhälsopolitik förutsätter kunskap om insatserns effekter, kostnader och kostnadseffektivitet. För detta krävs både utvärderingar *inför* beslut om investeringar och uppföljningar *efter* att insatser har genomförts.

Effektutvärderingar är en central komponent för kostnads- och effektivitetsanalyser och utgör viktiga underlag för beslut om fortsatt implementering, justering eller avveckling av insatser (se kapitel 10). I kapitel 10 redogörs även för de förutsättningar som behöver vara uppfyllda för att insatser ska kunna utvärderas. Det handlar bland annat om att utforma och implementera insatser på ett sådant sätt som gör dem utvärderingsbara.

Ekonomiska utvärderingar och effektutvärderingar kan synliggöra samhällsvinsterna av effektiva folkhälsoinsatser, liksom de situationer där förväntade effekter uteblir. Ekonomiska analyser kan visa när och inom vilken sektor olika kostnader och effekter av alternativa investeringar uppstår samt hur de fördelas mellan olika sektorer och grupper.

Förebyggande och hälsofrämjande insatser kännetecknas ofta av att kostnader uppstår omedelbart, medan effekterna visar sig först långt senare och i flera olika sektorer. Detta innebär att det krävs en samlad kompetens för att utveckla och tillämpa ekonomiska analyser på folkhälsoområdet och en medvetenhet om att evidens om effekt tar tid att bygga upp. För att säkerställa jämförbarhet, kvalitet och systematik är det önskvärt att en expertmyndighet får ett tydligt uppdrag och ansvar för detta arbete.

Mot denna bakgrund föreslår utredningen att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att ansvara för att genomföra och utveckla ekonomiska analyser och effektutvärderingar inom samtliga målområden inom folkhälsopolitiken. Förslaget bedöms som ändamålsenligt med myndighetens instruktion om att utveckla hälsoekonomisk metodik inom folkhälsoområdet och metoder för att beakta folkhälsoaspekter i konsekvensbedömningar och uppföljningar.⁴

⁴ Förordning 2021:248, 8 §.

Folkhälsomyndigheten föreslås även få en mer aktiv roll i att stötta det praktiska arbetet med ekonomiska analyser, på folkhälsoområdets samtliga målområden, i landets regioner och kommuner. Behovet bland regioner och kommuner berör implementeringsstöd och stöd för prioriteringar inom folkhälsoarbetet, och redogörs närmare för i kapitel 4 och 12. Det finns även beskrivet i tidigare kartläggningar⁵ och regeringsuppdrag.

Förslagen har bäring på flera pågående uppdrag, exempelvis verksamheten inom ramen för Rådet för styrning med kunskap⁶, och regeringsuppdrag om en nationell funktion för att stötta utfallsfokuserade arbetssätt.⁷

Förslag om utökad uppdrag kring ex-ante-utvärderingar

Folkhälsomyndigheten använder redan ex-ante-utvärderingar, till exempel kostnadseffektivitetsanalyser, på ett systematiskt sätt inom flera delar av sin verksamhet. Detta arbete är särskilt etablerat inom vaccinationsområdet, men tillämpas även vid insatser för att minska smittspridning vid epidemier och pandemier samt vid folkhälsoinsatser som syftar till att minska förekomsten av icke-smittsamma sjukdomar.

Folkhälsomyndigheten har gedigen expertis och erfarenhet inom detta område. Utredningen bedömer dock att det finns potential att vidareutveckla arbetet med ekonomiska analyser och utvärderingar av insatser på alla folkhälsopolitikens målområden. Analyserna bör i högre utsträckning omfatta alla målområden i folkhälsopolitiken, inklusive insatser inom exempelvis skola, arbetsliv, inkomster och samhällelig delaktighet.

Förslag om utökad uppdrag kring ex-post-utvärderingar

Att följa upp insatser i efterhand är avgörande för att säkerställa att insatser ger önskad effekt och att resurser därmed används effektivt. Utredningen ser därför ett behov av att Folkhälsomyndigheten i högre utsträckning bedömer effekter av och kostnader för genom-

⁵ Folkhälsomyndigheten 2023c s. 13.

⁶ Ett stödmaterial kommer att publiceras på Folkhälsomyndighetens hemsida under 2026.

⁷ Regeringsbeslut S2025/00940.

förda insatser, och föreslår att detta blir en etablerad del av myndighetens verksamhet. Arbetet med ex-post-utvärderingar kan vara till stöd för både regeringen och regioner och kommuner.

Införandet av omfattande och resurskrävande insatser, där konsekvenser och kostnadseffektivitet ännu inte är kända, bör i regel föregås av en analys av hur uppföljning och utvärdering kan säkerställas. Det är inte alltid möjligt att utvärdera varje enskild insats, men ofta finns goda möjligheter att utforma och genomföra insatser på ett sätt som möjliggör systematisk uppföljning. Det är viktigt att redan i planeringsfasen skapa förutsättningar för att följa upp både effekter och kostnader.

Kvasiexperimentella metoder (beskrivs mer ingående i kapitel 10 och 11) kan tillämpas för att utvärdera genomförda insatser inom folkhälsoområdet, och de möjliggör jämförelser mellan grupper som har och inte har tagit del av en insats. Kvasiexperimentella upplägg är ofta mer praktiskt genomförbara och kostnadseffektiva än fullskaliga experimentella studier, särskilt i komplexa samhällskontexter där randomisering kan vara etiskt eller logistiskt utmanande.

Genom att använda befintliga registerdata och dra nytta av naturliga experiment, exempelvis stegvis implementering, kan kvasiexperimentella metoder ge användbara underlag för beslut. Utredningen ser därför ett behov av att Folkhälsomyndigheten stärker sin kapacitet att tillämpa sådana metoder, som ett komplement till både ex-ante-utvärderingar och andra typer av analyser.⁸

Erbjuda stöd kring hur insatser kan utformas och implementeras för att kunna utvärdera insatsen i efterhand

Utredningen anser att det inom folkhälsoområdet behövs mer pilotverksamhet, med väldefinierade kontrollgrupper, inför en bred implementering av omfattande insatser. Genom att låta vissa individer eller grupper ta del av en insats, medan andra inte gör det, går det att på ett strukturerat sätt utvärdera insatsens effekter. Detta kan exempelvis ske genom randomisering och stegvis implementering, där olika grupper får tillgång till insatsen vid olika tidpunkter. Sådana upplägg är särskilt relevanta för insatser med stor budgetpåverkan, eftersom behovet av evidensbaserade beslut är särskilt stort.

⁸ I underlagsrapporten, bilaga 3, ges exempelvis en lathund för hur folkhälsopolitiken kan utvärderas.

Mot denna bakgrund föreslår utredningen att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att initiera, designa, utforma och stödja implementeringen samt utvärdera pilotprojekt avseende både nationella, regionala och lokala insatser.

Förslag om utfallsfokuserade arbetssätt

Folkhälsomyndigheten har sedan 2024 ett regeringsuppdrag om att utforma och genomföra ett långsiktigt nationellt stöd för att främja användningen av innovativa, utfallsfokuserade arbetssätt och investeringsmodeller såsom sociala utfallskontrakt. Regeringsuppdraget ska pågå till 31 mars 2027.

Utredningen bedömer att detta arbete har potential att både bidra till och utveckla folkhälsoarbetet. Utredningen föreslår att arbetet med utfallsbaserade arbetssätt ska följas upp löpande och ges möjlighet att fortsätta när det nuvarande regeringsuppdraget avslutas 2027. Utredningen betonar vikten av att utvärdera utfallsfokuserade arbetssätt i relation till andra arbetssätt och att beakta exempelvis långsiktiga incitament i finansieringen och utformningen av folkhälsopolitiken. Utredningen betonar även att dessa arbetssätt och modeller bör utformas och implementeras i samverkan med kommuner och regioner eftersom de ofta utgör aktörer i arbetssätten.

Dessutom föreslår utredningen att ekonomiska utvärderingar och effektutvärderingar bör utgöra en central del i de utfallsfokuserade arbetssätten.

13.2.5 Spridning och kommunikation

Förslag från utredningen

Folkhälsomyndigheten, tillsammans med SBU och andra berörda aktörer, föreslås löpande ta fram sakområdesspecifika kunskapsunderlag i form av kunskapsstöd (exempelvis kunskapsbanker) för insatser som syftar till att minska de påverkbara hälsoklyftorna på både lokal, regional och nationell nivå.

Folkhälsomyndigheten föreslås leda en tvärssektoriell arbetsgrupp för att stötta kommuners och regioners arbete med ekonomiska analyser och utvärderingar inom folkhälsoområdet. En viktig del i detta är att målgruppsanpassa stöd och material.

Skäl till förslagen

Utredningen bedömer att nationella kunskapsunderlag med praktisk vägledning kan spela en viktig roll i arbetet med att nå det övergripande folkhälsopolitiska målet. Behovsanalysen (se kapitel 12) och tidigare kartläggningar⁹ visar att det behövs nationella kunskapsunderlag om samhällskostnader som är förknippade med ohälsa och om insatser som har potential att minska de påverkbara hälsoklyftorna i samhället. Sådana underlag kan utgöra ett värdefullt stöd för regering, regioner och kommuner i deras strategiska arbete. Förslag på tematisk inriktning ges i kapitel 12.

För att säkerställa att kunskapsunderlagen är användbara och relevanta för användarna är det viktigt att de utformas med hänsyn till målgruppernas behov (se kapitel 10). Utredningen bedömer att detta förslag är förenligt med Folkhälsomyndighetens instruktion om att stödja de berörda aktörerna i att genomföra och följa upp arbetsformer, metoder, strategier och insatser på folkhälsoområdet och dess effekter. Myndigheten ska även vägleda och stödja utvecklingen av folkhälsoarbetet och implementeringen av insatser inom folkhälsoområdet på lokal och regional nivå.

Regioner och kommuner har även önskemål om metodstöd och kunskap kopplat till ekonomiska analyser och modeller av förebyggande och hälsofrämjande insatser. Det finns också ett behov av stöd

⁹Folkhälsomyndigheten 2024.

i att analysera och använda data i det lokala folkhälsoarbetet. Behovet av stöd ser olika ut och exempelvis mindre kommuner kan behöva mer stöd. Utredningen föreslår därför flera uppdrag som syftar till att möta dessa behov.

Uppdrag att sammanställa kunskapsunderlag och rekommendationer

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att löpande sammanställa kunskapsunderlag och rekommendationer om samhällskostnader som är förknippade med ohälsa och om de insatser som har potential att minska de påverkbara hälsoklyftorna i samhället, i form av nationella kunskapsstöd som är riktade mot både regering, kommuner och regioner. Folkhälsomyndigheten lämnar varje år underlag till regeringen om folkhälsans utveckling och förutsättningar, och om Sverige närmar sig det övergripande folkhälsopolitiska målet om en god och jämlik hälsa i hela befolkningen. Dessa underlag ska kompletteras med deskriptiva analyser av och prognoser över samhällskostnader som är förknippade med ohälsa samt skattningar av riskfaktorernas betydelse. Syftet är att bistå regeringen med kunskap om vilka områden som orsakar stora kostnader genom försämrad hälsa, förlorade liv och produktivitetsförluster och inom vilka det behövs nationella insatser. Resultaten bör om möjligt även kunna brytas ner på regional och lokal nivå för att ge vägledning till beslutsfattare i regioner och kommuner.

Dagens kunskapsunderlag bygger på data från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (HLV) och uppföljningen av kärnindikatorerna (som visar om vi rör oss mot målet eller inte). För att belysa områdena med störst behov föreslår utredningen att de ska kompletteras med analyser av samhällskostnaderna, vilka kan baseras på simuleringsmodeller och "real-world evidence" (RWE).

Vidare föreslår utredningen att Folkhälsomyndigheten, tillsammans med SBU, Socialstyrelsen, SKR och andra berörda myndigheter och aktörer, ska få i uppdrag att sammanställa kunskapsbanker om insatsers effekter och effektivitet, på samtliga folkhälsopolitiska målområden, som stöd till beslutsfattare på samtliga nivåer. De bör även få i uppdrag att kartlägga områden där det saknas evidens. Syftet med kunskapsbankerna är att stimulera användningen av vetenskapligt utvärderade och effektiva insatser på folkhälsoområdet. Det statliga

forskningsinstitutet RISE arbetar med att utveckla ett verktyg för evidensbaserade välfärdsinvesteringar, och inom ramen för det arbetet har de föreslagit en kunskapsbank. Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att undersöka hur ett sådant verktyg kan vidareutvecklas och kvalitetssäkras, för att stödja kunskapsstyrning och strategisk resursanvändning inom folkhälsoområdet.

Utredningen föreslår att SBU och Socialstyrelsen bistår Folkhälsomyndigheten i arbetet med att inventera effektiva folkhälsoinsatser. Både effektutvärderingar och kostnadseffektivitetsanalyser av folkhälsoinsatser bör stå i centrum för kunskapsunderlagen, eftersom de är viktiga när beslutsfattare gör prioriteringar. Vidare kan SBU bistå med att bedöma resultatens överförbarhet till andra kontexter och över tid.

En inventering av befintliga insatser med vetenskapligt stöd visar även vilka områden som saknar evidens. Genom att kartlägga kunskapsluckor kan Folkhälsomyndigheten ge förslag på inriktningen för kommande studier. Detta arbete kan på så vis komplettera SBU:s arbete med att kartlägga kunskapsluckor samt Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE:s) uppdrag att finansiera forskning som ska fylla dessa luckor. Med en sådan inventering går det också att undvika överlapp i uppgifter mellan myndigheter. Kunskapsunderlag och rekommendationer bör sammanställas i nära samverkan med Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård och Nationell kunskapsstyrning inom socialtjänsten samt med SKR.

Metodstöd till regioner och kommuner

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten får ett samlat uppdrag att etablera en permanent nationell och myndighetsövergripande stödfunktion liknande den som finns under RSK.¹⁰ Syftet med stödfunktionen är att stödja kommuner och regioner i deras arbete med att följa upp och utvärdera folkhälsan samt bistå med metodkunskap vid genomförandet av ekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser. Utredningen föreslår att stödfunktionen tar avstamp i det material om ekonomiska analyser som tagits fram av RSK¹¹ och

¹⁰ Rådet för styrning med kunskap (RSK), se kapitel 1.

¹¹ Ett stödmaterial kommer att publiceras på Folkhälsomyndighetens hemsida under 2026.

i den checklista som utredningen har tagit fram som redovisas i kapitel 10.

Den nationella stödfunktionen bör ha kompetens inom samtliga folkhälsopolitiska målområden, och ska därför bestå av experter från de kärnmyndigheter som identifierats ha en viktig roll för det samlade folkhälsoarbetet.

Utredningen föreslår att stödfunktionen samverkar med det nyligen etablerade nätverket för hälsoekonomer som arbetar vid myndigheter, och med representanter för regioner (inklusive regionala HTA-enheter) och kommuner som arbetar med ekonomiska analyser. Folkhälsomyndigheten föreslås vara sammankallande samt ansvara för att leda och fördela arbetsuppgifterna inom arbetsgruppen.

Den nationella stödfunktionen ska verka för att stödja kommuner och regioner i arbetet med

- uppföljning av folkhälsan,
- genomförande av ekonomiska analyser, samt
- utvärderingar av folkhälsoinsatser.

För att främja ett mer kunskapsbaserat och systematiskt folkhälsoarbete på lokal och regional nivå ska stödfunktionen även

- stärka kompetensen kring metodval, genomförande och tolkning av ekonomiska analyser och utvärderingar,
- erbjuda praktiskt och tillämpat metodstöd,
- sprida information om pågående ekonomiska analyser och utvärderingar inom region och kommun,
- främja erfarenhets- och kunskapsutbyte mellan regioner och kommuner, samt
- öka tillgången till och användningen av data.

Vidare föreslår utredningen att stödfunktionen kartlägger vilka beräkningsverktyg som finns inom folkhälsoområdet, om och hur dessa verktyg används av regioner och kommuner i beslutsfattande, samt om det finns behov av att utveckla och förvalta nya nationella beräkningsverktyg.

Utredningen kan konstatera att det i dag finns en rad olika beräkningsverktyg och beräkningsmodeller framtagna på folkhälsoområdet. Ett exempel är det beräkningsverktyg som Socialstyrelsen har utvecklat för att uppskatta kostnader för insatser som föranletts av våld i nära relationer.¹² Vidare har forskare vid Uppsala universitet tillsammans med Regionalt cancercentrum (RCC) tagit fram ett verktyg för att beräkna hur förändringar i levnadsvanor påverkar insjuknandet i cancer och samhällets samlade kostnader för cancer.¹³ Det finns även ett beräkningsverktyg för sociala investeringar för barn och unga, som tagits fram av Uppsala universitet i samarbete med Idéer för livet Skandia. Syftet med verktygen är att göra långsiktiga prognoser av insatser med hänsyn till både effekt och kostnad.¹⁴

Utredningen bedömer att olika beräkningsverktyg svarar mot olika frågeställningar inom folkhälsoområdet. Utredningen anser därför att det finns anledning att utveckla flera *olika* beräkningsverktyg parallellt, eftersom det inte finns ett verktyg som kan tillgodose alla frågeställningar eller täcka hela folkhälsoområdet.

13.2.6 Utökad forskningsuppdrag inom hälsoekonomi

Förslag från utredningen

Folkhälsomyndigheten föreslås få ett utökad uppdrag att bedriva forskning avseende ekonomiska analyser och effektutvärderingar på folkhälsoområdet. Ett utökad forskningsuppdrag bedöms kunna bidra till hög kvalitet i myndighetens analyser, stärkt metodkunskap och metodutveckling inom hälsoekonomi samt samverkan med akademien. Förslaget berör hälsoekonomiska metoder inom hela det breda folkhälsoområdet. Detta skulle även bidra till ett fortsatt högt förtroende för myndighetens rekommendationer och underlag.

¹² Socialstyrelsen 2020.

¹³ Regionalt cancercentrum Syd 2022 s. 9.

¹⁴ Uppsala universitet & Skandia Idéer för livet 2024.

Skäl till förslagen

Enligt 8 § förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten har myndigheten uppdrag som rör:

- kunskapsförmedling om folkhälsans bestämningsfaktorer
- utveckling av främjande och förebyggande metoder
- utbildning i kunskapsbaserat folkhälsoarbete
- utveckling av hälsoekonomisk metodik inom folkhälsoområdet
- metoder för att beakta folkhälsoaspekter i konsekvensbedömningar och uppföljningar.

För att stärka arbetet och skapa goda förutsättningar för Folkhälsomyndighetens uppdrag inom hälsoekonomi föreslår utredningen ett utökat forskningsuppdrag med särskilt fokus på ekonomiska analyser och effektutvärderingar på folkhälsoområdet.

Det finns flera skäl till detta förslag. För det första är ett forskningsuppdrag förenligt med myndighetens befintliga verksamhet, och bidrar till att utveckla och fördjupa den expertkompetens som krävs för att analysera komplexa folkhälsofrågor. För det andra kan ett forskningsuppdrag öka förutsättningarna för metodutveckling och stärka den datainfrastruktur som behövs för att göra kvalificerade analyser.

Ett forskningsuppdrag skulle underlätta tillgången till registerdata, vilket utredningen bedömer som särskilt viktigt för att göra ekonomiska analyser och effektutvärderingar av folkhälsoinsatser. Det skapar även bättre förutsättningar för samverkan med akademien och ökar möjligheten att rekrytera experter, vilket bidrar till långsiktig kompetensförsörjning.

Förslag om utökat forskningsuppdrag avseende hälsoekonomi

Folkhälsomyndigheten får bedriva den forskning som är nödvändig för att fullgöra sitt uppdrag inom smittskyddsområdet.¹⁵ Ett liknande uppdrag saknas för övriga folkhälsoområden, det vill säga det som omfattar icke-smittsamma sjukdomar.

¹⁵ Förordning 2021:248, 37 §.

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten får möjlighet att bedriva forskning om ekonomiska analyser och effektutvärdering på folkhälsoområdet. Utredningen bedömer att ett utökad forskningsuppdrag om ekonomiska analyser och effektutvärderingar på folkhälsoområdet är viktigt för att stärka myndighetens arbete med hälsoekonomi.

Mer specifikt bedömer utredningen att förslaget om utökad forskningsuppdrag är en förutsättning för att myndigheten ska kunna rekrytera och behålla spetskompetens på området. Ett forskningsuppdrag gör det enklare att få tillgång till registerdata, bidrar till att utvärderingarna håller hög kvalitet och underlättar samverkan och löpande utbyte med akademien. Ett utökad forskningsuppdrag skulle även stärka myndighetens möjligheter att knyta till sig doktorander, postdoktorer och seniora forskare, vilket i sin tur bidrar till en långsiktig kompetensförsörjning. Givet Folkhälsomyndighetens roll som expertmyndighet har detta betydelse för att säkerställa att myndigheten har tillgång till aktuell och vetenskapligt förankrad metodkunskap som grund för sitt arbete inom hälsoekonomi. Det finns även effektivitetsvinster med att bygga upp sådan kompetens inom myndigheten. Slutligen bedömer utredningen att ett utökad forskningsuppdrag skulle bidra till ökad tillit till myndighetens underlag och rekommendationer.

Mot den bakgrunden föreslås Folkhälsomyndigheten få resurser avsatta för ändamålet (se kapitel 19 för detaljerad konsekvensanalys) samt möjlighet att förvalta forskningsmedel från statliga forskningsfinansiärer.

13.2.7 Förteckning över datakällor med relevans för folkhälsan

Utredningen föreslår att det ska upprättas en samlad och tillgänglig förteckning över datakällor med relevans för folkhälsan, som förslagsvis ska förvaltas och utvecklas av Folkhälsomyndigheten tillsammans med SCB. En fullständig och uppdaterad översikt skulle stärka förutsättningarna för att följa upp och utvärdera folkhälsopolitiken, bland annat genom förbättrade möjligheter till ekonomiska analyser. Den skulle även underlätta forskning, policyutveckling och innovation på folkhälsoområdet. I dagsläget pågår projekt för att bygga upp

en nationell datasetskatalog vid Vetenskapsrådet.¹⁶ Denna katalog är ännu inte fullständig.

Vidare bedömer utredningen att de krav på kategorisering av elektroniska hälsodata som anges i artikel 51 i Europeiska hälsodataområdet (European Health Data Space, EHDS) kommer att underlätta ekonomiska analyser på folkhälsoområdet. Samtidigt betonar utredningen att det kan finnas ytterligare behov av att löpande inventera och sammanställa datakällor med bäring på folkhälsoområdet.

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten, tillsammans med SCB, får i uppdrag att upprätta en sådan förteckning. Förteckningen föreslås omfatta både urvalsundersökningar och register med bäring på folkhälsa.

13.3 Myndighetsövergripande samverkan gällande metodval för ekonomiska analyser

Förslag från utredningen

Utredningen ser ett behov av myndighetsgemensamma riktlinjer för ekonomiska analyser inom folkhälsoområdet. Riktlinjerna bör baseras på betänkandets analyser, kartläggningar, slutsatser och rekommendationer samt tillhörande antologi.

Riktlinjerna bör bland annat omfatta terminologi, metodval, applicerad diskonteringsränta, tillämpning av den etiska plattformen, hantering av osäkerhet och indirekta kostnader, samt tröskelvärden för vad som anses vara en rimlig relation mellan kostnader och effekter för att förbättra hälsa eller förlänga liv. Riktlinjerna bör även inkludera rekommendationer för en tydlig redovisning och motivering av metodval och osäkerheter i analyserna. Riktlinjerna bör uppdateras regelbundet.

Ett hälsoekonomiskt sekretariat under ESV föreslås samordna arbetet med riktlinjerna med berörda myndigheter och aktörer: Folkhälsomyndigheten, TLV, SBU, Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten samt representanter för de regionala HTA-enheterna, akademien, kommunerna och regionerna.

Utredningen föreslår att en referensgrupp bör inrättas till stöd för det hälsoekonomiska sekretariatet, med representanter från

¹⁶ Vetenskapsrådet 2025b.

utbildningssektorn, trafiksektorn, miljösektorn, kultursektorn och arbetsmarknads- och socialförsäkringsområdet. Gruppen bör verka för ett tvärsektorielt tillvägagångssätt.

13.3.1 Utgångspunkter i direktiven

Utredningen har till uppdrag att

- 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.

Utredningen föreslår att ett tvärsektorielt hälsoekonomiskt sekretariat inrättas, som en del i arbetet med det föreslagna hälsoekonomiska ramverket. Sekretariatet bör ha i uppdrag att ta fram och uppdatera myndighetsgemensamma riktlinjer för ekonomiska analyser och utvärderingar. Syftet är att skapa en gemensam metodgrund som kan bidra till ökad kvalitet, transparens och jämförbarhet av de analyser som olika aktörer gör.

13.3.2 Skäl till förslagen

Beslutsfattare behöver goda underlag för att uppnå största möjliga måluppfyllelse per satsad krona, och därmed få en effektiv folkhälsopolitik. Flera aktörer bidrar med beslutsunderlag inom folkhälsoområdet, däribland Folkhälsomyndigheten, TLV, SBU och Socialstyrelsen och även akademien och privata aktörer. Aktörer inom till exempel transport, miljö, utbildning och arbetsmarknad spelar också en viktig roll för folkhälsopolitikens målområden.

Som betonats i regeringens direktiv förekommer stora skillnader i de uppskattade samhällskostnaderna för olika sjukdomar. En fördjupad analys av metoder och antaganden (se kapitel 7 och 10) visar

också stora skillnader i hur ekonomiska analyser tillämpas inom folkhälsoområdet. I kapitel 7 redovisas skillnaderna i hur ekonomiska analyser tillämpas på folkhälsoområdet. Ett exempel är valet av diskonteringsränta, där framtida hälsa och kostnader värderas olika beroende på vilken sektor den analyserande myndigheten tillhör. Detta försvårar jämförelser av insatsers kostnadseffektivitet mellan sektorer och därmed minskar möjligheten att prioritera insatser på ett optimalt sätt. Att metodval anpassas efter frågeställning är i grunden önskvärt, men samtidigt behövs harmonisering av flera centrala aspekter av ekonomiska analyser på folkhälsoområdet – inte minst vilka kostnader som bör inkluderas, hur osäkerhet kan hanteras och hur de etiska principerna ska tillämpas.

13.3.3 Förslag om ett sektorsövergripande sekretariat för hälsoekonomiska analyser

Utredningen föreslår att ett hälsoekonomiskt sekretariat upprättas med syfte att utarbeta och förvalta riktlinjer som stödjer arbetet med ekonomiska analyser och utvärderingar inom folkhälsoområdet. Sammantaget syftar riktlinjerna till att stärka kvaliteten, transparensen och jämförbarheten i ekonomiska analyser och effektutvärderingar inom folkhälsoområdet.

Utredningen föreslår att riktlinjen bör ha betänkandet som utgångspunkt, med de fördjupade analyser som redovisas i kapitel 10 och bilaga 3. Dessa analyser ger vägledning i bland annat terminologi, metodval, diskonteringsränta, tillämpning av etiska principer och hantering av osäkerhet samt praktiska förslag om hur resultaten ska redovisas, kommuniceras och målgruppsanpassas. Utredningen redovisar även förslag på frågor som bör föregås av fördjupade studier i kapitel 12.

Inom transportområdet finns Trafikverkets styrdokument ASEK (Analysmetod och samhällsekonomiska kalkylvärden för transportsektorn). ASEK utgör ett etablerat ramverk för samhällsekonomiska analyser inom transportområdet och innehåller vägledande principer för metodval, kalkylvärden och etiska överväganden. Utredningen föreslår att sekretariatet bör utveckla en motsvarande struktur inom folkhälsoområdet, med harmoniserade begrepp, tydliga metodrekommendationer och enhetliga antaganden, exempelvis för diskonteringsränta.

Mer specifikt föreslår utredningen att riktlinjerna ska erbjuda vägledning i

- terminologi
- metodval
- diskonteringsränta
- tillämpning av etiska principer
- hantering av indirekta kostnader
- hantering av osäkerhet i ekonomiska analyser
- tröskelvärde för samhällets betalningsvilja för olika hälsoeffekter.

Riktlinjerna bör även ta upp

- hur betalningsviljan påverkas av tillståndets svårighetsgrad
- hur resultaten från ekonomiska analyser bör kommuniceras till beslutsfattare och andra användare
- vilka krav som bör ställas på transparent redovisning av metodval och osäkerheter för att främja tydligare kommunikation av antaganden i analyser genom bland annat checklistor för ekonomiska analyser (se kapitel 10).

Riktlinjerna bör revideras löpande, förslagsvis med mindre uppdateringar vartannat år och större revideringar vart fjärde år.

Utredningen bedömer att ESV är en lämplig myndighet att leda sekretariatet, eftersom myndighet inte har något direkt verksamhetsansvar inom området och därmed kan bidra med ett oberoende perspektiv. Sekretariatet föreslås bestå av representanter för berörda myndigheter och aktörer som Folkhälsomyndigheten, SBU, TLV och Socialstyrelsen, regionala HTA-enheter, representanter för akademien och representanter för kommuner och regioner.

En referensgrupp bestående av representanter för de berörda sektorerna föreslås inrättas för att bistå det hälsoekonomiska sekretariatet. Gruppen kan exempelvis inkludera representanter för Livsmedelsverket, Brå, Trafikanalys och Naturvårdsverket samt utvärderings- och analysmyndigheter som Inspektionen för socialför-

säkringen (ISF), Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) och Myndigheten för kulturanalys.

13.4 Metodhubb för bättre datakvalitet, svarsfrekvenser och extrapolering

Förslag från utredningen

Utredningen föreslår att en nationell metodhubb utvecklas i syfte att stärka kompetens och metodutveckling inom urvalsundersökningar, och annan uppgiftsinhämtning, för att hantera bortfalls- hantering och extrapolering samt öka svarsfrekvensen. Metodhubben bör även samordna undersökningar för att minska dubbelarbete och verka för att, när det är relevant, öka jämförbarheten mellan olika undersökningar. Utredningen föreslår att SCB får i uppdrag att samordna en sådan funktion tillsammans med exempelvis Folkhälsomyndigheten, Brå, CAN och forskningsmiljöer inom akademien. Metodhubben kan med fördel bygga på befintliga initiativ.

13.4.1 Utgångspunkter i direktiven

Utredningen har i uppdrag att

- 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.

13.4.2 Skäl till förslagen

Urvalsundersökningar möjliggör insamlande av detaljerade uppgifter om bland annat livsvillkor och levnadsvanor. Data från urvalsundersökningar utgör ett viktigt komplement till registerdata. Dessa undersökningar möjliggör mätning av aspekter som annars är svåra att fånga, exempelvis delaktighet i samhället, social och ekonomisk utsatthet, matvanor och fysisk aktivitet och andra levnadsvanor som är centrala för hälsan och hälsans förutsättningar.

I Sverige finns en mängd olika högkvalitativa urvalsundersökningar, som exempelvis HLV och ULF/SILC, se kapitel 8. Flera av dessa undersökningar genomförs av SCB. Under de senaste decennierna har dock svarsfrekvensen minskat markant (vilket redogörs för i kapitel 8). Orsakerna är flera, bland annat övergången från fast telefoni till mobiltelefoni och en allmänt minskad benägenhet att delta i undersökningar.¹⁷ Låga svarsfrekvenser innebär att resultaten från urvalsundersökningar präglas av osäkerhet, eftersom det finns risk för att de svarande inte speglar den faktiska populationen.¹⁸ Att öka svarsfrekvensen, och utveckla metoder för att hantera bortfall, är avgörande för att kunna fortsätta att följa folkhälsan och de aspekter som inte kan mätas genom registerdata. För detta krävs både metodutveckling och innovation, som exempelvis bättre metoder för att hantera bortfall och extrapolering. Det behövs även alternativa sätt att inhämta kunskap om befolkningens hälsa, attityder och beteende.

Det finns en rad olika samverkansformer för urvalsundersökningar: nationella enkätgruppen, enkätgruppen inom Rådet för styrning med kunskap och andra initiativ som den ideella Surveyföreningen.¹⁹ Det finns även en permanent arbetsgrupp, under Rådet för den officiella statistiken, som ska verka för ett samarbete mellan de statistikansvariga myndigheterna samt utgöra en stödfunktion för SCB. Arbetsgruppen ska även förvalta en förteckning över statistikansvariga myndigheters statistikprodukter.²⁰

Gällande samverkansformer för urvalsundersökningar med bäring på folkhälsa finns det behov av ytterligare samverkansformer. Mot

¹⁷ Wadensjö 2013 s. 8.

¹⁸ Se exempelvis SCB 2000.

¹⁹ Det finns även ett flertal internationella föreningar, till exempel: European Survey Research Association, QUEST och International Qualitative Forum.

²⁰ Rådet för den officiella statistiken.

denna bakgrund bedömer utredningen att det behövs en nationell funktion för att främja myndighetsgemensam metodutveckling, samordning av undersökningar och, i vissa fall, ökad jämförbarhet mellan undersökningarna. En sådan metodhubb kan fungera som en plattform för kunskapsutbyte, gemensam analyskapacitet och samordning av datakällor.

13.4.3 Förslag om en nationell metodhubb för bättre datakvalitet, svarsfrekvenser och extrapolering

Utredningen föreslår att en nationell metodhubb för urvalsundersökningar inrättas i syfte att förbättra datakvaliteten, höja svarsfrekvenser och förbättra metoderna för extrapolering. Denna nationella stödfunktion bör rikta sig till aktörer inom offentlig förvaltning som arbetar med urvalsundersökningar och data från sådana undersökningar.

Syftet med funktionen är att stärka kompetens och färdigheter för att

- utveckla nya metoder för datainhämtning (i de fall traditionella enkäter inte fungerar) och metoder för att hantera bortfall
- skapa gemensamma rutiner för validering.

Vidare föreslår utredningen att den nationella funktionen bör samverka om urvalsundersökningar genom att se över alla urvalsundersökningar på folkhälsoområdet och samordningen av dem. Utredningen föreslår att SCB får i uppdrag att fortsätta arbetet med att utveckla en sådan funktion, tillsammans med aktörer som Folkhälsomyndigheten, Brå, CAN och representanter för forskarmiljöer som genomför urvalsundersökningar och använder data från dessa.

13.5 Stärkt tillgång till data för ekonomiska analyser och utvärderingar

Förslag från utredningen

Sammantaget bedömer utredningen att det finns behov av att stärka tillgången till data på nationell nivå inom samtliga folkhälsopolitiska målområden. Utredningen konstaterar att det i många fall finns upparbetade strukturer och tillvägagångsätt för att samla in individbaserade data på nationell nivå och att dessa med fördel kan beaktas vid insamling av ytterligare data. Som ett komplement till nationella register finns det många register på regional och lokal nivå som samlar in värdefulla data. Trots detta betonar utredningen att det råder brist på nationella rikstäckande individdata som skulle möjliggöra en mer effektiv uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken.

13.5.1 Utgångspunkter i direktiven

När det gäller data har utredningen i uppdrag att

- analysera och redogöra för vilka data som behövs för att kunna genomföra analyserna,
- kartlägga och redogöra för de data som behövs samlas in på nationell nivå i dag och föreslå hur de skulle kunna samlas in på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt med hänsyn tagen till myndigheters och regioners administrativa börda.

Mot den bakgrunden har utredningen analyserat behovet av data genom enkätundersökningar och dialoger med olika expertmyndigheter, kommuner och regioner samt företrädare för andra pågående och avslutade statliga utredningar. Nedan beskrivs de områden som utredningen anser det centralt att stärka datatillgången för. I uppdraget ingår inte att analysera frågor som berör offentlighet och sekretess samt personuppgiftsbehandling eller att lämna författningsförslag.²¹

²¹ Dir 2024:21 s. 6.

13.5.2 Utökade uppgifter om livsvillkor och levnadsvanor till befintliga hälsodataregister

Förslag från utredningen

Strukturerad och enhetlig dokumentation av livsvillkor och levnadsvanor i befintliga hälsodataregister som PAR²² och MFR²³ behöver stärkas.

Svenska hälsodataregister utgör viktiga källor till uppgifter om livsvillkor och levnadsvanor. Utredningen bedömer dock att dessa data kan behöva stärkas inom ramen för befintliga register.

Patientregistret (PAR)

Enhetlig dokumentation inom hälso- och sjukvården om patienters livsvillkor och levnadsvanor utgör enligt utredningen en nödvändig förutsättning för att kunna genomföra hälsoekonomiska utvärderingar av förebyggande och hälsofrämjande insatser och bör ses som prioriterat.

Socialstyrelsen utvärderade vården vid ohälsosamma levnadsvanor 2014 och konstaterade att endast en liten andel av patienterna får åtgärder för att förbättra sina levnadsvanor, och att det finns skillnader mellan regionerna. Myndigheten lyfte också behovet av bättre dokumentation.²⁴ Det finns pågående uppdrag om enhetlig dokumentation av patienters levnadsvanor, exempelvis när det gäller tobak, alkohol, kost och fysisk aktivitet.²⁵

Utredningen ser positivt på detta arbete, men bedömer att efterlevnaden av riktlinjerna för dokumentation bör följas upp. Utredningen föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp och stärka enhetlig dokumentation av förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor samt bättre dokumentation av åtgärder för att främja goda levnadsvanor. Detta är en förutsättning för att kunna genomföra ekonomiska utvärderingar av hälsofrämjande och förebyggande insatser inom hälso- och sjukvården.

²² Socialstyrelsen 2025a.

²³ Socialstyrelsen 2025c.

²⁴ Socialstyrelsen 2015.

²⁵ SKR 2025b & Socialstyrelsen 2024a.

Vidare föreslår utredningen att regeringen utreder och klargör de juridiska förutsättningarna för att Socialstyrelsen ska kunna återuppta registreringen av livsvillkor och levnadsförhållanden, till exempel typ av våldsutsatthet. Utredningen bedömer det som prioriterat att kunna studera livsvillkor och levnadsförhållanden såsom olika former av våldsutsatthet med hjälp av registerdata.

Medicinska födelseregistret (MFR)

År 2022 lämnade Socialstyrelsen förslag på de författningsändringar som krävs för att utöka datainsamlingen till MFR med uppgifter om exponering för substanser som kan vara skadliga för foster. Utredningen föreslår att regeringen genomför de föreslagna ändringarna, i syfte att inkludera sådana uppgifter i MFR. En utökning av uppgifter till registret skulle bland annat möjliggöra hälsoekonomiska utvärderingar av insatser som syftar till att minska användningen av skadliga substanser under graviditet.

13.5.3 Utökade uppgifter om primärvård

Förslag från utredningen

Utredningen välkomnar att Socialstyrelsen förbereder för att utöka insamlingen av uppgifter från hälso- och sjukvården med uppgifter från primärvården (regeringsbeslut S2025/00940).

Utredningen bedömer att insamling av uppgifter från primärvården bör prioriteras, särskilt sådana som rör insatser för barn och unga.

Tillgången till heltäckande hälso- och sjukvårdsdata, inklusive uppgifter av primärvårdskaraktär, är central för att följa individers vårdkonsumtion, studera, utveckla och utvärdera hälsofrämjande och förebyggande insatser samt identifiera riskfaktorer för olika sjukdomar. Insamlade uppgifter är viktiga underlag om hur resurser har använts, vilka behandlingar som har satts in och vilka resultat som har uppnåtts. Utredningen välkomnar därför det påbörjade arbetet med att förbereda för en utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården, vilket regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att

genomföra.²⁶ Vidare styrker utredningen att både offentliga och privata aktörer ska omfattas av förslagen.

Utredningen anser att det är särskilt viktigt att utökade uppgifter från primärvården omfattar hälso- och sjukvårdsinsatser för barn och unga, det vill säga uppgifter från barnhälsovård, mödrahälsovård, vårdcentraler och ungdomsmottagningar. Genom tillgång till data om barn som har fått tidiga insatser kan ekonomiska analyser genomföras för att beräkna insatsernas långsiktiga effekter och kostnadseffektivitet, exempelvis i form av minskade vårdutgifter och ett reducerat behov av sociala insatser.

13.5.4 Insamling av uppgifter från elevhälsan

Utredningens bedömning

Utredningen bedömer att rikstäckande och individbaserade uppgifter från elevhälsan skulle stärka möjligheterna till systematisk uppföljning av barns och ungas hälsa samt möjligheterna att kunna genomföra effektutvärderingar och ekonomiska analyser av insatser inom elevhälsan. Utredningen välkomnar den utredning som har i uppdrag att analysera förutsättningar för att följa upp barns och ungas hälsa och hälsoutveckling.²⁷ Utredningen bedömer att ett nationellt elevhälsodataregister kan utvecklas och förvaltas av Socialstyrelsen.

Utredningen anser att det finns ett stort behov av nationellt insamlade individbaserade data från elevhälsan för att möjliggöra utvärderingar och ekonomiska analyser av både medicinska och hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga. Uppgifterna är viktiga för att följa barns och ungas utveckling och för att prognostisera framtida hälsoutmaningar. I dagsläget finns ett Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insatser (EMQ)²⁸, men endast 11 av landets 290 kommuner är anslutna.

Elevhälsodata kan användas för att synliggöra skillnader mellan skolor, geografiska områden och socioekonomiska grupper, och för att identifiera var behovet av riktade folkhälsoinsatser är störst.

²⁶ Regeringsbeslut S2025/00940.

²⁷ Bilaga till regeringsbeslut 2025-09-17 § 200.

²⁸ EMQ 2022.

Elevhälsodata kan även användas för att utvärdera hur effektiva olika insatser är och sätta kostnaden i relation till insatsens effekt.

Det pågår flera initiativ för att stärka elevhälsan, bland annat genom den statliga utredningen om förbättrad elevhälsa (U 2024:01). Dessutom finns ett regeringsuppdrag²⁹ till Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, SBU och Skolverket om att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga, där elevhälsan är en av kärnverksamheterna. I september 2025 beslutade regeringen att utreda förutsättningarna för att följa upp barns och ungas hälsa och hälsoutveckling.³⁰ Utredningen välkomnar detta initiativ, som bland annat syftar till att klarlägga vilka kategorier av uppgifter som bör samlas in, ta ställning till behovet av ett nytt hälsodataregister, ge förslag på ansvarsfördelning och lämna nödvändiga författningsförslag.³¹

Utredningen bedömer att insamlingen av rikstäckande individbaserade data från elevhälsan bör omfatta följande information:

- hälsoinsatser (antal besök, återbesök och remittering)
- psykisk och fysisk hälsa inklusive sexuell och reproduktiv hälsa
- våldsutsatthet (inklusive våld som utövas av föräldrar och syskon, våld i nära relation, hedersrelaterat våld och könsstympning)
- behov av stödinsatser (medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska)
- tillväxtkurvor (vikt och längd), syn och hörsel
- levnadsvanor
- fysisk och social miljö, till exempel skolgård, bibliotek och andra resurser.

Utredningen bedömer att ett elevhälsodataregister är högt prioriterat eftersom det skulle göra det möjligt att utvärdera och följa upp elevers hälsa och insatser för att stärka hälsan. Ett sådant register skulle också ge möjlighet att utvärdera och synliggöra nyttan med olika satsningar inom området, exempelvis de extra medel som till-

²⁹ Regeringsuppdrag S2023/02379.

³⁰ Bilaga till regeringsbeslut 2025-09-17 § 200.

³¹ Bilaga till regeringsbeslut 2025-09-17 § 200 s. 2.

sätts av regeringen 2026 för att stärka elevhälsan.³² Detta skulle även vara i linje med regeringens förslag om att stärka arbetet med en mer tillgänglig elevhälsa.

Utredningen bedömer att Socialstyrelsen är en lämplig huvudman för att utveckla ett nationellt elevhälsodataregister. Detta bör ske i samråd med EMQ, Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, Skolverket, Specialpedagogiska skolmyndigheten samt kommuner och regioner. Vidare bedömer utredningen att elevhälsodataregistret bör vara ett separat register.

Utredningen konstaterar att ett elevhälsodataregister har stor betydelse för uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken och är särskilt angeläget för att kunna genomföra ekonomiska utvärderingar av insatser för barn och unga. Det skulle även utgöra ett viktigt underlag för verksamhetsutveckling, forskning och kunskapsstyrning inom hälsovården och utbildningsområdet samt angränsande områden.

13.5.5 Utökade uppgifter om tandhälsovård

Förslag från utredningen

Utredningen föreslår att skyldigheten att lämna uppgifter till tandhälsoregistret utökas till att omfatta samtliga tandvårdstillfällen för barn och unga inom den avgiftsfria tandvården som finansieras av regionerna. Förslagsvis bör registret utvidgas till att omfatta liknande variabler som för vuxna, till exempel ålder, kön, åtgärds-koder och behandlingsdatum.

Vidare ställer sig utredningen bakom Socialstyrelsens motivering (dnr. 5.3-19123/2016) om att insamling av uppgifter för barn och unga samt asylsökande skulle vara ett viktigt stöd i arbetet för en jämlik, säker och evidensbaserad tandvård.

Utredningen välkomnar den utredning som ska utreda förutsättningarna för att följa upp barns och ungas hälsa och hälso-utveckling.³³

³² Prop. 2025/26:1. s. 32.

³³ Bilaga till regeringsbeslut 2025-09-17 § 200.

Utredningen bedömer att tandhälsoregistret behöver inkludera individbaserade rikstäckande uppgifter om tandvårdbesök inom ramen för den avgiftsfria tandvården som finansieras av regionen, vilket avser alla tandvårdstillfällen för barn och unga. Tandvården är en viktig aktör som träffar många barn och unga i regelbundna kontroller, eftersom förebyggande insatser är viktiga för att minska framtida vårdbehov. Vidare uppmärksammar utredningen ett behov av att utveckla och implementera fler tandhälsomått i befintliga register, för att få en långsiktig och jämförbar uppföljning.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att utreda och föreslå relevanta tandhälsomått som ska ingå i det befintliga tandhälsoregistret samt utreda om det behövs ytterligare författningsändringar för att samla in de föreslagna uppgifterna.

13.5.6 Insamling av uppgifter om vaccinationer utanför vaccinationsprogrammet

Förslag från utredningen

Utredningen föreslår att det nationella vaccinationsregistret utökas till att omfatta samtliga vaccinationer, med undantag för resevaccinationer.

Nationella vaccinationsregistret (NVR) omfattar i dagsläget endast uppgifter om vaccinationer inom ramen för de nationella vaccinationsprogrammen samt vaccination mot covid-19. Utredningen bedömer att det behövs rikstäckande information om vaccinationer mot fler sjukdomar. Sådan heltäckande information skulle underlätta arbetet med att följa smittspridning och analysera folkhälsorelaterade aspekter, till exempel ojämlikhet i vaccinationstäckning – särskilt i avsaknad av nationella eller regionala vaccinationsprogram. Det skulle även möjliggöra fler och bättre ekonomiska analyser och utvärderingar inom vaccinationsområdet, vilket kan bidra till ett mer effektivt vaccinationsarbete.

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att utreda behovet av ytterligare författningsförslag för att det ska vara möjligt att samla in dessa uppgifter.

Utredningen förordar förslagen i SOU 2024:2 om att NVR även ska omfatta data över regionala vaccinationsprogram.³⁴ Utredningen bedömer att NVR även bör omfatta samtliga vaccinationer med undantag för resevaccinationer. Vidare är det viktigt att undersöka hur tillgången till vaccinationsdata behöver stärkas för den enskilda individen, för vårdgivare och för forskningsändamål.

E-hälsomyndigheten har fått ett uppdrag att utöka Nationella läkemedelslistan³⁵ med alla givna vaccinationer för att ge både individen och hälso- och sjukvården tillgång till informationen. Utredningen anser att myndighetens författningsförslag för att möjliggöra en sådan listningstjänst innebär ett betydande steg i rätt riktning.

13.5.7 Insamling av uppgifter om statlig vård

Förslag från utredningen

Utredningen bedömer att hälso- och omsorgsdata från vårdgivare med statlig huvudman, till exempel Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse (SiS) och universiteten (studenthälsan), bör omfattas av uppgiftsskyldighet till hälsodataregister.

Utredningen föreslår en utredning av förutsättningarna för att utöka befintliga hälsodataregister med uppgifter från statliga vård- och omsorgsgivare, eftersom det i dagsläget saknas ett rättsligt ramverk för ändamålet.³⁶

För att få en mer heltäckande bild av hela hälso- och sjukvården och omsorgsinsatserna för samhällets mest utsatta individer (inom ramen för SiS och Kriminalvården) bedömer utredningen att de befintliga hälsodataregistren behöver inkludera hälso- och omsorgsdata från vårdgivare med statligt huvudmannaskap.

³⁴ SOU 2024:2 s. 39.

³⁵ Se även SOU 2025:71.

³⁶ SOU 2024:57 s. 165.

13.5.8 Insamling av uppgifter om företagshälsovård

Förslag från utredningen

Utredningen bedömer att företagshälsovårdens verksamhet bör omfattas av samma uppgiftsskyldighet som övrig vård. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen, i samverkan med berörda myndigheter, SKR och representanter för näringslivet, får i uppdrag att utreda och föreslå ett tillvägagångssätt för att samla in data från företagshälsovården samt utreda och föreslå vilka data som bör omfattas.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen, i samverkan med till exempel Försäkringskassan, Arbetsmiljöverket, SKR och representanter för näringslivet, får i uppdrag att utreda och föreslå hur data från företagshälsovården kan samlas in.

Som tidigare nämns finns inget rikstäckande individbaserat register med uppgifter från företagshälsovården, men det finns en databas med ett urval av genomförda hälsokontroller, vilken förvaltas av en privat aktör.^{37,38} Uppgifter från företagshälsovården bedöms av utredningen som viktiga för att dels få en heltäckande bild av individers hälsa, dels få mer kunskap om hur sjukskrivningar kan förebyggas och förkortas.

Utredningen anser att det behövs rikstäckande individbaserade data för att stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet när det gäller att motverka sjukskrivningar och arbetsplatsolyckor. Flera åtgärder tillhandahålls av andra professioner än läkare, till exempel psykolog, arbetsterapeut och sjukgymnast, och därför bör data om dessa vårdtillfällen också ingå. Utredningen bedömer att sådana uppgifter bör samlas in på nationell nivå med staten som huvudman.

Försäkringskassan för register över det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet, som innefattar bidrag till arbetsgivare för att till exempel anlita företagshälsovård för att förebygga sjukfrånvaro. Samtidigt är företagshälsovård i många fall av primärvårdskaraktär och data skulle därmed kunna samlas in och förvaltas av Socialstyrelsen.

³⁷ Se exempelvis Ekblom-Bak m.fl. 2024.

³⁸ HPI 2025.

Utredningen bedömer att det kan finnas lärdomar att hämta från Finland, där ett nytt nationellt register om förebyggande företags-
hälsovård bedöms vara heltäckande från och med 2023.³⁹

13.5.9 Upprättande av register om skolfrånvaro

Förslag från utredningen

Utredningen stödjer förslagen i betänkandet av *Utredningen om stärkt trygghet och studiero i skolan*⁴⁰ om att inrätta ett nationellt frånvaroregister, som ska utvecklas och förvaltas av Skolverket. Registret bör omfatta förskoleklass, grundskolan, anpassade grundskolan, specialskolan, sameskolan, gymnasieskolan och anpassade gymnasieskolan.

Skolfrånvaro utgör en betydande riskfaktor för ohälsa. Baserat på den enkätundersökning och de dialoger som genomförts inom uppdraget bedömer utredningen att skolfrånvaro (både giltig och ogiltig) är ett viktigt utfallsmått i hälsoekonomiska analyser och att det behöver vara möjligt att följa skolfrånvaron över tid.

Utredningen betonar därför vikten av att inrätta ett nationellt register med individbaserade uppgifter om skolfrånvaro. Utredningen stödjer därmed de förslag som lagts fram i betänkandet av *Utredningen om stärkt trygghet och studiero i skolan*⁴¹ om definitionen av frånvaro och om inrättandet och huvudmannaskapet för ett sådant register.

³⁹ THL 2025.

⁴⁰ SOU 2025:8 s. 196.

⁴¹ SOU 2025:8 s. 196.

13.5.10 Insamling av uppgifter om sjukfrånvaro, arbetade timmar, arbetslöshetsförsäkringar och arbetsmarknadsinsatser

Förslag från utredningen

Utredningen föreslår utökad nationell insamling av individbaserade data om arbetsmarknadsutfall och sjukfrånvaro. Befintliga data behöver kompletteras med uppgifter om korttidssjukfrånvaro, arbetade timmar, deltagande i arbetsmarknadsinsatser och utbetalningar av privata arbetslöshetsförsäkringar.

För att möjliggöra mer träffsäkra och heltäckande ekonomiska utvärderingar inom folkhälsoområdet bedömer utredningen att det behövs uppgifter om korttidssjukfrånvaro (dag 1–14) och arbetade timmar. Uppgifter om korttidssjukfrånvaro skulle kunna samlas in genom att komplettera arbetsgivardeklarationer till Skatteverket med denna information. Samtidigt är arbetsgivardeklarationens primära syfte att tillgodose behovet av uppgifter för beskattning, så en sådan komplettering skulle kunna medföra ökad administrativ börda för arbetsgivarna, vilket riskerar att påverka beskattningen negativt. Därför bedömer utredningen att regeringen bör överväga andra sätt att samla in uppgifterna. Utredningen bedömer att Försäkringskassan skulle kunna vara en lämplig huvudman för att utveckla och förvalta sådana uppgifter.

13.5.11 Insamling av EQ-5D-data på nationell nivå

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten ska använda det hälsorelaterade livskvalitetsinstrumentet EQ-5D för att samla in data om hälsorelaterad livskvalitet på nationell nivå. Detta kan till exempel ske genom att EQ-5D inkluderas i den nationella folkhälsoenkäten HLV. Utredningen föreslår att versionen EQ-5D-5L, som har fem svarsalternativ för varje dimension, används. Syftet är att undvika så kallade tak- och golveffekter, det vill säga att en stor andel av respondenterna väljer det bästa eller det sämsta svarsalternativet.

Insamling av EQ-5D-5L-data på nationell nivå skulle skapa förutsättningar för att göra ekonomiska analyser inom folkhälsoområ-

det och att följa jämlikhet och effektivitet i folkhälsopolitiken.⁴² Vidare skulle tillgången till EQ-5D-5L-data möjliggöra jämförelser av hälsorelaterad livskvalitet över tid och mellan grupper i befolkningen. EQ-5D används inom hälso- och sjukvården och i de nationella kvalitetsregistren för uppföljning och därför är det viktigt med normdata från återkommande befolkningsundersökningar för att möjliggöra jämförelser över tid.

För att använda EQ-5D i hälsoekonomiska utvärderingar krävs en värdering av de hälsoprofiler som genereras genom instrumentet. Dessa värderingar ligger till grund för att beräkna kvalitetsjusterade levnadsår (QALY), vilket är ett vanligt förekommande utfall för att bedöma kostnadseffektivitet av insatser inom hälso- och sjukvården. Det finns både metodologiska och normativa ställningstaganden i valet av värderingssystem. Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten, i samverkan med akademien, får i uppdrag att närmare utreda denna fråga.

13.5.12 Utökade uppgifter om kostnader för insatser

I ekonomiska analyser och utvärderingar är kostnader en central komponent för att bedöma resursanvändningen kopplat till en insats. I dag är SKR:s databas för kostnad per patient (KPP) den mest omfattande nationella databasen där vårdkostnader per patient sammanställs. KPP-databasen ger dock inte en fullständig kostnadsbild eftersom alla regioner inte rapporterar in data till KPP för alla vårdområden och för att privata vårdgivare inte omfattas. Avsaknaden av data från privata vårdgivare kan leda till en missvisande kostnadsbild.

Utredningen föreslår att staten ska ansvara för att sammanställa kostnadsdata för vårdkontakter på nationell nivå, samtidigt som regioner och kommuner ska få möjlighet att använda dessa data. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får ansvar för att utveckla en nationell databas över vårdkostnader per patient, i samverkan med SKR. Det är viktigt att privata och offentliga vårdgivare omfattas av samma inrapporteringskrav för att säkerställa en så verklighetsnära bild som möjligt. Insamling och tillgång till kostnadsdata på individnivå i ett register skulle möjliggöra koppling till exempelvis PAR, vilket skulle

⁴² Burström m.fl. 2010.

skapa förutsättningar för mer precisa hälsoekonomiska utvärderingar av insatser inom hälso- och sjukvården.

Det är även viktigt att kunna identifiera relevanta kostnadsdata för insatser inom kommunerna. Databasen Kolada bygger på data från SCB och innehåller en stor mängd nyckeltal, till exempel kostnad per brukare och kostnad per elev. Det möjliggör analys av data på aggregerad nivå.

En nationell databas med individdata skulle kunna ge kunskap om fördelning av kostnader inom kommunal verksamhet, kostnadsutveckling över tid och kostnadsutveckling per brukare eller per elev. Den skulle även göra det möjligt att väga kostnader mot effekter i ekonomiska utvärderingar av specifika insatser. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen eller Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, i samråd med relevanta aktörer, får i uppdrag att utreda möjligheterna att upprätta en nationell databas med individuppgifter.

13.5.13 Förslag om stärkt tillgång till data för regioner och kommuner

För att kommuner och regioner ska kunna utveckla sin verksamhet inom folkhälsa behöver de ökad tillgång till befintliga hälsoregister och andra relevanta datakällor. I dagsläget kan regioner använda data från hälso- och sjukvården för att förbättra kvaliteten i vården, men inte för att utveckla folkhälsoinsatser som ligger utanför hälso- och sjukvården.

Mot denna bakgrund bör möjligheten att utöka tillgången till hälso- och sjukvårdsdata och andra relevanta mikrodata för kommuner och regioner utredas. Syftet är att möjliggöra ett mer kunskapsbaserat och datadrivet utvecklingsarbete inom folkhälsoområdet.

13.6 Förslag på en vägledande inriktning för kommande studier

Förslag från utredningen

Behovet av ekonomiska utvärderingar berör många olika insatser, både generella och riktade, och omfattar samtliga folkhälso-politiska målområden. Bättre ekonomisk uppföljning och utvärdering behövs även när det gäller insatser för att förstärka det generella välfärdssystemet (till exempel tillgång till BVC eller skola av hög kvalitet).

Utredningen bedömer att ekonomiska utvärderingar av insatser som rör barns och ungas livsvillkor och insatser som främjar äldre individers hälsa, är särskilt prioriterade. Det är även angeläget med ekonomiska utvärderingar av insatser som syftar till att främja och förebygga övervikt och fetma, psykisk ohälsa och negativa effekter av sociala medier.

Vidare bedömer utredningen att det behövs fördjupade studier om hur olika metodologiska och etiska överväganden bör hanteras vid ekonomiska analyser inom folkhälsoområdet.

Slutligen föreslår utredningen att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att, i samverkan med SBU, sammanställa och kvalitetsgranska både vetenskaplig och grå litteratur som underlag för framtida kunskapsstöd om folkhälsoinsatsers effekter och kostnadseffektivitet.

13.6.1 Utgångspunkter i direktivet

Utredningen har i uppdrag att

- kartlägga vilka hälsoekonomiska utvärderingar som kan behövas för att utvärdera olika folkhälso-politiska insatser och redovisa förslag på en vägledande inriktning för kommande studier.

Därför har utredningen kartlagt de typer av ekonomiska analyser och effektutvärderingar av folkhälso-politiska insatser som bedöms vara nödvändiga för att stärka folkhälsan i Sverige.

13.6.2 Skäl till förslagen

I kapitel 12 redogör utredningen för behovet av ekonomiska analyser och effektutvärderingar av folkhälsopolitiska insatser i Sverige framgent. Med utgångspunkt i folkhälsopolitikens åtta målområden har utredningen bitt SBU att inventera vilka folkhälsoinsatser som hittills har utvärderats ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Utredningen har även fört dialog med berörda myndigheter och andra aktörer, genomfört en enkätundersökning, anordnat en workshop och ett rundabordssamtal (med representanter för myndigheter, regioner, kommuner och idéburna organisationer samt representanter för akademien) och deltagit vid konferenser.

Det behövs mer kunskap om effekt och kostnadseffektivitet av både riktade och universella insatser för att minska hälsoklyftorna i befolkningen. I dag saknas sådan kunskap inom samtliga folkhälsopolitiska målområden. SBU:s inventering visar en särskild brist på ekonomiska utvärderingar av insatser som rör arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, inkomster och försörjning samt kontroll, inflytande och delaktighet.

Utredningens analys visar att psykisk ohälsa är en av de största folkhälsoutmaningarna. Psykisk ohälsa är vanligt förekommande bland barn och unga samt äldre personer, och är generellt vanligare bland kvinnor, även om suicid är vanligare bland män.⁴³ Vidare visar analysen att övervikt och obesitas utgör växande utmaningar för samhället och hälso- och sjukvården (se kapitel 11 och 12).

Slutligen konstateras att det finns betydande socioekonomiska skillnader i både hälsa och medellivslängd mellan olika grupper i befolkningen (se kapitel 12). Skillnaderna gäller även riskfaktorer för ohälsa, som högt blodtryck, tobaksbruk, ohälsosamma kostvanor, högt BMI och alkoholkonsumtion. Livsvillkoren varierar kraftigt, och de samhälleliga förutsättningarna för goda levnadsvanor skiljer sig därmed påtagligt mellan olika grupper.

⁴³ Folkhälsomyndigheten 2025e.

13.6.3 Vilka hälsoekonomiska utvärderingar som behövs framgent samt förslag på en vägledande inriktning

Kartläggning baserat på genomförda dialoger, rundabordssamtal och enkäter

Det finns ett stort behov av ekonomiska analyser och effektutvärderingar inom folkhälsopolitikens samtliga målområden.⁴⁴ Det kan handla om riktade insatser till utsatta grupper men givetvis även breda befolkningsinriktade insatser. Två teman berördes särskilt i utredningens kartläggning. Det ena temat handlar om barns och ungas livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor. Det andra temat handlar om äldre individers hälsa och välbefinnande.

Tidiga livets villkor

Folkhälsopolitiken syftar till att utjämna skillnader i barns livsvillkor genom bland annat tillgång till förskola och skola, stöd till familjer i ekonomisk utsatthet och tillgång till en god och nära vård. Utredningen bedömer att ekonomiska utvärderingar av insatser som berör tidiga livets villkor är prioriterat, bland annat eftersom det finns mycket forskning som visar att investeringar i barns och ungas human kapital ger högre avkastning än motsvarande satsningar senare i livet. En omfattande forskningslitteratur visar att tidiga insatser stärker barns kognitiva och socioemotionella färdigheter, vilket leder till bättre utbildnings- och arbetsmarknadsutfall. Investeringar i tidiga livsvillkor bidrar dessutom till minskade ojämlikheter och skapar långsiktiga vinster i form av bättre hälsa, högre utbildningsnivå och ökad produktivitet sett till hela livscykeln.⁴⁵ Det finns även forskning som visar att investeringar i tidiga insatser för barn som växer upp i utsatta miljöer ger hög avkastning för både individen och samhället.⁴⁶ Utvärderingar av insatser i den svenska kontexten kan bidra till att motivera beslutsfattare att investera i barns och ungas hälsa.

Framtida ekonomiska utvärderingar skulle kunna omfatta insatser om samhälleliga förutsättningar för hälsa och jämlikhet, bland

⁴⁴ I kapitel 12 finns en detaljerad redogörelse för utredningens dialoger, rundabordssamtal och enkätundersökning.

⁴⁵ Heckman 2011 s. 31.

⁴⁶ Heckman 2006.

annat åtgärder för att motverka övervikt och obesitas eller psykisk ohälsa. Sådana insatser skulle till exempel kunna handla om att fler ska fullfölja skolgången, men även insatser för att begränsa marknadsföring av ohälsosamma livsmedel och levnadsvanor, främja fysisk aktivitet i förskola, skola och fritidsverksamhet samt minska barns och ungas exponering för sociala medier. Det vore även särskilt värdefullt med ekonomiska analyser av satsningar på bland annat utökade hembesök i socialt utsatta områden och en allmänt ökad tillgång till förskola eller ett stärkt elevhälsoprogram.

Äldre individers hälsa och välbefinnande

Det andra temat handlar om äldre personer, en grupp som generellt har sämre hälsa jämfört med yngre, men som samtidigt tenderar att få begränsat utrymme i samhällsdiskussionen. Utredningen bedömer att ekonomiska utvärderingar av insatser som syftar till att främja hälsa och förebygga ohälsa bland äldre bör prioriteras. Sådana utvärderingar vore särskilt värdefulla för exempelvis insatser som rör psykisk ohälsa, försörjningsmöjligheter och ekonomisk utsatthet, social delaktighet och ofrivillig ensamhet samt riskbruk av alkohol.

Kartläggning baserad på SBU:s litteratursökning

Den kartläggning som SBU har genomfört på uppdrag av utredningen visar att det finns begränsat med hälsoekonomiska utvärderingar, både primärstudier och systematiska litteraturstudier (se kapitel 12). Betydande kunskapsluckor om folkhälsoinsatser finns bland annat inom områdena

- arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
- inkomster och försörjning
- kontroll, inflytande och delaktighet.

Den systematiska litteraturgenomgång som genomförts av SBU var begränsad till att omfatta vetenskapliga studier av ekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser vilket exkluderar så kallad grå litteratur som till exempel myndighetsrapporter.

För att få en tydligare bild av vilka ekonomiska utvärderingar som har gjorts av folkhälsoinsatser anser utredningen att det även behövs en sammanställning av grå litteratur. Utredningen föreslår därför att regeringen ger Folkhälsomyndigheten i uppdrag att, i samarbete med SBU, sammanställa tidigare vetenskapliga studier och grå litteratur. Uppdraget bör även inkludera att en kvalitetsgranskning av litteraturen genomförs. Utredningen ser detta som ett viktigt underlag för de kunskapsstöd som Folkhälsomyndigheten föreslås få i uppdrag att sammanställa.⁴⁷

Inriktning för fortsatt kunskapsutveckling

Utredningen bedömer att kommande studier bör inriktas på att genomföra fler och bättre effektutvärderingar av folkhälsopolitiska insatser. Det kan bland annat innebära ökad användning av registerbaserade data och kvasiexperimentella metoder för att skatta insatsers effekter, och därigenom bygga upp en mer omfattande kunskapsbas. Dessa studier är viktiga för att i nästa steg bedöma kostnadseffektiviteten i olika folkhälsoinsatser.

Det behövs fördjupade metodologiska överväganden för att främja utvecklingen och förvaltningen av de sektorsövergripande riktlinjerna för ekonomiska analyser inom folkhälsoområdet som utredningen föreslår i avsnitt 13.3.⁴⁸ Det gäller särskilt frågor om hur framtida hälsoeffekter bör diskonteras, vilket tröskelvärde som kan anses vara rimligt för relationen mellan kostnader för, och hälsoeffekter av, förebyggande och hälsofrämjande insatser, och hur osäkerhet och svårighetsgrad ska hanteras i analyserna. Utredningen bedömer också att de etiska principer som ska vägleda prioriteringar inom folkhälsoområdet behöver studeras mer ingående.

⁴⁷ Se kapitel 14.

⁴⁸ Dessa överväganden behandlas mer utförligt i kapitel 10 och bilaga 3.

14 Konsekvensbeskrivningar

Detta kapitel innehåller en konsekvensbeskrivning i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474), vilken föreskriver att konsekvenserna av utredningens förslag ska redovisas i betänkandet.

Inom ramen för konsekvensbeskrivningen redogör utredningen för både kortsiktiga och långsiktiga konsekvenser av förslagen. Där till bedöms konsekvenserna för barn och unga, för män och kvinnor, för arbetet med jämlik och jämställd hälsa samt konsekvenser för företag. Däremot görs ingen fullständig analys av samtliga konsekvenser som förordningen hänvisar till eftersom utredningen lämnar bedömningar och förslag och inte författningsförslag. I stället finns en sammanställning av kostnader för de olika bedömningarna och förslagen, under antagandet att de genomförs. Syftet är att ge en bild av de resursmässiga konsekvenserna.

Konsekvensbeskrivningen omfattar de förslag som utredningen lämnat om att stärka Folkhälsomyndighetens uppdrag om uppföljning och utvärdering av folkhälsan och folkhälsopolitiken. Konsekvensbeskrivningen omfattar även förslag om att inrätta ett hälsoekonomiskt sekretariat och en nationell metodhubb, samt att förbättra tillgången till individbaserade data på nationell nivå i syfte att stärka arbetet med ekonomiska analyser och utvärderingar. Tabell 14.1 visar de uppskattade ekonomiska kostnaderna för dessa förslag.

Tabell 14.1 Sammanställning av uppskattade ekonomiska kostnader för förslagen som berörs i konsekvensbeskrivningen

Förslag	Kapitel	Uppstartskostnad år 1, kronor	Kostnad, kronor
Stärkt uppdrag	14.1.1–		
Folkhälsomyndigheten	14.1.2		
– Datalager, datatillgång			3 mkr per år*
– Indikatorer		3 mkr	1 mkr per år
– Modeller			3 mkr per år
– Utvärderingar			6 mkr per år
– Kunskapsunderlag			3 mkr per år
SBU, kunskapsunderlag	14.1.2		3 mkr per år
Hälsoekonomiskt sekretariat	14.2	5 mkr	1 mkr per år
Metodhubb	14.3	4 mkr	1,5 mkr per år
Socialstyrelsen, regeringsuppdrag om PAR	14.4		5 mkr
Socialstyrelsen, data från elevhälsan	14.4	a	a
Data skolfrånvaro	14.4	a	a
Socialstyrelsen, data tandhälsovård	14.4	b	b
Folkhälsomyndigheten, regeringsuppdrag om vaccinationer	14.4		2,5 mkr
Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten m.fl., data företagshälsovården	14.4	b	b
Data statlig hälso- och sjukvård	14.4	b	b
Försäkringskassan, regeringsuppdrag om sjukfrånvaro	14.4		5 mkr
Folkhälsomyndigheten, EQ-5D i HLV	14.4	2,5 mkr	0,5 mkr per år
Uppgifter om kostnader för insatser	14.4	b	b
Summa		14,5 miljoner kronor	34,5 miljoner kronor

* Varav 500 000 kronor per år finansieras inom ramen för Folkhälsomyndighetens befintliga anslag.

^a Förslaget omfattas av annan utredning.

^b Kostnader behöver analyseras vidare i samband med fortsatt beredning av förslaget.

14.1 Ekonomiska konsekvenser av ett stärkt uppdrag till Folkhälsomyndigheten

Förslagen innebär att Folkhälsomyndigheten får ett samlat och förstärkt uppdrag att vidareutveckla ett hälsoekonomiskt ramverk och metodstöd, genom följande funktioner:

- Stärka indikatorsystemet och uppföljningen av folkhälsan.
- Främja tvärssektoriell samverkan.
- Förvalta simuleringsmodeller och använda real-world-data (RWD) för att följa utvecklingen av hälsa i befolkningen och samhällets kostnader för ohälsa.
- Genomföra och utveckla ex-ante- och ex-post-utvärderingar av folkhälsoinsatser.
- Sammanställa kunskapsstöd (kunskapsbanker).
- Verka som en stödfunktion till regioner och kommuner.
- Stödja utfallsfokuserade arbetsätt.
- Ett utökat forskningsuppdrag inom området hälsoekonomi.

Förslagen bedöms medföra positiva konsekvenser i form av förbättrad datakvalitet, snabbare tillgång till analysunderlag och bättre möjligheter att prioritera effektiva hälsofrämjande och förebyggande insatser samt bidra till långsiktig kompetenshöjning. Dessutom finns betydande fördelar ur ett life science- och forskningsperspektiv, eftersom tillgång till högkvalitativa och detaljerade data är avgörande för att Sverige ska kunna ha en internationellt ledande roll inom dessa områden.

Nedan redogörs för de konsekvenser och kostnader som är förknippade med varje förslag. Sammanfattningsvis bedömer utredningen att många förslag innebär ett behov av stärkta resurser, antingen genom ökade anslag eller genom en omfördelning av befintliga resurser. De potentiella nyttorna med förslagen bedöms överväga de potentiella kostnaderna.

14.1.1 Ekonomiska kostnader för ökad tillgång till data för Folkhälsomyndigheten

Hälsodata (från både register och urvalsundersökningar) är nödvändiga för att följa och analysera utvecklingen av folkhälsan och för att modellera framtida sjuklighet och vårdbehov och relaterade kostnader. För att komplettera Folkhälsomyndighetens data från Sminet, NVR och befolkningsundersökningar behöver myndigheten få tillgång till löpande leveranser av hälsodata från Socialstyrelsen. Myndigheten behöver också olika registerdata från exempelvis SCB, Kronofogdemyndigheten, Brå och Försäkringskassan.

För att hanteringen av dessa data ska vara så effektiv och ändamålsenlig som möjligt behöver uppgifterna finnas tillgängliga i ett datalager på myndigheten. En särskild databas behöver därför upprättas på myndigheten, och kodnycklar behöver förvaras (hos de myndigheter som förvaltar data) så att data löpande kan uppdateras hos Folkhälsomyndigheten.

Utredningen anser att en sådan databas är absolut nödvändig för snabbare framtagning av lägesbilder och fördjupade analyser av befolkningens hälsa, samtidigt som den skulle ge bättre förutsättningar för ekonomiska analyser och effektutvärderingar. Det är också angeläget att dessa data finns tillgängliga och kan användas för att skapa scenarier eller prognoser med simuleringsverktyg, som exempelvis NCDSim eller SESIM. Genom att simulera insatsers effekter mot olika riskfaktorer blir det lättare att prioritera effektiva hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Ett stärkt forskningsuppdrag om hälsoekonomi och effektutvärdering av folkhälsoinsatser kan underlätta tillgången till dessa data.

Kostnaderna för att etablera och förvalta ett datalager vid Folkhälsomyndigheten, inklusive inköp och bearbetning av data, beräknas uppgå till cirka 3 miljoner kronor per år. En mindre del av kostnaden, cirka 500 000 kronor, bedöms kunna finansieras inom ramen för Folkhälsomyndighetens befintliga anslag. Om regeringen bedömer att den resterande kostnaden inte ryms inom nuvarande ramar bör den i stället särskilt beaktas i samband med kommande budgetprocesser och regleringsbrev. För uppstart och etablering av ett datalager föreslås att tillfälliga medel tillförs under två år via anslagspost för utvecklingsprojekt inom Regeringskansliet och att permanenta medel sedan tillförs inom utgiftspost 9.

14.1.2 Ekonomiska kostnader för kompetensförsörjning på Folkhälsomyndigheten

Samordna indikatorer och uppföljning av folkhälsan

Folkhälsomyndigheten har redan ett omfattande arbete med att utveckla och följa upp indikatorer för folkhälsans utveckling. Förslagen i utredningen går ut på att stärka och samordna arbetet med uppföljning av folkhälsan. Utredningen bedömer att förslagen till viss del kan finansieras inom ramen för Folkhälsomyndighetens befintliga anslag, även om ytterligare medel troligen behövs. Uppbyggnaden, inklusive att etablera arbetet med kärnmyndigheter, bedöms kosta 3 miljoner kronor under det första året samt innebära en permanent ökning om 1 miljon kronor per år.

Utökad forskningsuppdrag inom området hälsoekonomi

Förslaget om utökad forskningsuppdrag är sammanflätat med förslaget om metodutveckling och innovation inom ekonomiska analyser och effektutvärderingar på folkhälsoområdet.

Förvalta simuleringsmodeller och använda RWD

Utredningen föreslår att arbetet med simuleringsmodeller, till exempel SESIM och NCDsim, ska stärkas och vidareutvecklas. Utredningen föreslår även att myndigheten ska använda RWD och RWE för att följa utvecklingen av ohälsa och samhällets kostnader för ohälsa. Dessa förslag kräver både ökad tillgång till relevanta datakällor och förstärkta personalresurser.

För att möta dessa behov uppskattar utredningen att personalkostnaderna kan komma att öka med cirka 3 miljoner kronor per år. Kostnaden avser kompetensförsörjning inom områden som data-driven analys, modellutveckling, epidemiologi och hälsoekonomi. På kort sikt innebär detta ett behov av rekrytering och kapacitetsuppbyggnad, men på längre sikt förväntas insatserna bidra till mer träffsäkra analyser och bättre underlag för prioriteringar inom folkhälsopolitiken.

Genomföra och utveckla ex-post- och ex-ante-utvärderingar av folkhälsoinsatser

Folkhälsomyndigheten har redan ett väl etablerat arbete med ex-ante-utvärderingar, särskilt inom vaccinationsområdet, där kostnadseffektivitetsanalyser utgör en viktig del av beslutsunderlaget. Utredningens förslag syftar till att förstärka arbetet med ekonomiska analyser genom att bredda det till att omfatta samtliga målområden inom folkhälsopolitiken. Utöver detta föreslås att ex-post-utvärderingar blir en integrerad del av Folkhälsomyndighetens verksamhet.

Dessa förslag skulle leda till att personalkostnaderna ökar med uppskattningsvis cirka 6 miljoner kronor per år. Även här avser kostnaderna kompetensförsörjning inom områden som datadriven analys, modellutveckling, epidemiologi och hälsoekonomi.

Övriga förslag om att sammanställa kunskapsstöd, erbjuda stöd till regioner och kommuner och stödja utfallsbaserade arbetssätt

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten löpande tar fram områdesspecifika kunskapsunderlag i form av kunskapsstöd och kunskapsbanker, upprättar en nationell stödfunktion för regioner och kommuner när det gäller att tillämpa hälsoekonomiska analyser på folkhälsoområdet, och stödjer utfallsfokuserade arbetssätt. Dessa insatser ska stärka det lokala och regionala folkhälsoarbetet genom ökad tillgång till evidensbaserad vägledning och stöd i implementeringen av effektiva insatser. Utredningen bedömer att dessa förslag till viss del kan finansieras inom myndighetens befintliga budget, men extra resurser för till exempel personal beräknas till cirka 3 miljoner kronor per år.

Förslaget involverar även SBU och deras verksamhet, vilket uppskattas kosta 3 miljoner kronor per år.

Konsekvenser för regioner och kommuner samt andra myndigheter

Förslagen innebär att regioner och kommuner får mer stöd i sitt folkhälsoarbete, både kunskapsstöd och metodstöd. Även andra myndigheter kan få nytta av Folkhälsomyndighetens arbete med

simuleringsmodeller, RWD och RWE. På kort sikt innebär förslaget ett behov av kapacitetstillsvidarebyggnad inom Folkhälsomyndigheten, men på längre sikt förväntas det bidra till mer träffsäkra och kostnads-effektiva folkhälsoinsatser.

14.2 Ekonomiska konsekvenser av inrättande av ett hälsoekonomiskt sekretariat

Utredningen föreslår att myndighetsgemensamma riktlinjer för ekonomiska analyser inom folkhälsoområdet tas fram, i syfte att skapa en mer enhetlig, transparent och kvalitetssäkrad praxis för hur sådana analyser ska genomföras. Ett hälsoekonomiskt sekretariat föreslås samordna arbetet. Sekretariatet ska verka i nära dialog med berörda myndigheter, däribland Folkhälsomyndigheten, TLV, SBU, Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten samt representanter för regionala HTA-enheter och akademien. Sekretariatet föreslås ledas av ESV och ha en bred och tvärsektoriell referensgrupp.

Förslaget bedöms kunna bidra till ökad jämförbarhet, samordning, kvalitet och transparens i de ekonomiska analyser som ligger till grund för beslut om folkhälsoinsatser. Genom att inkludera flera myndigheter och sektorer främjas också kunskapsutbyte. På kort sikt innebär förslaget ett behov av resurser för att etablera sekretariatet och referensgruppen och för att utveckla riktlinjer. På längre sikt förväntas det bidra till effektivare användning av offentliga medel.

Utredningen uppskattar uppstartskostnaden till 5 miljoner kronor under det första året, och sedan en löpande kostnad på cirka 1 miljoner kronor per år.

14.3 Ekonomiska konsekvenser av inrättande av metodhubb

Data som ger en rättvisande bild av befolkningens hälsa är en förutsättning för välgrundade beslut om insatser på nationell, regional och lokal nivå. Mycket av de data som behövs för arbetet med att förhindra sjukdom och ohälsa finns inte i register utan kräver alternativa datakällor och metoder. Det har också blivit allt svårare att inhämta hälsodata via urvalsundersökningar, på grund av sjunkande

svarsfrekvenser. Storleken på bortfallet varierar dessutom mellan grupper, vilket gör att konventionella korrigeringsmetoder inte alltid fungerar. Det finns även grupper som är särskilt svåra att nå, men extra viktiga att följa eftersom de löper särskilt hög risk att drabbas av ohälsa. Därför är det viktigt med nya metoder för att hantera bortfall och låga svarsfrekvenser.

Utredningen föreslår att SCB får i uppdrag att vidareutveckla en metodhubb, tillsammans med berörda aktörer. Utredningen uppskattar att uppstartskostnaden blir cirka 4 miljoner kronor under det första året och sedan 1,5 miljon kronor per år. Det finns många aktörer, inklusive SCB, som redan jobbar med dessa frågor och utredningen föreslår att resurserna främst ska användas för att samordna befintliga uppdrag, men även till att stärka arbetet med att utveckla metoder för urvalsundersökningar.

14.4 Ekonomiska konsekvenser av att stärka tillgången på data

Patientregistret

Utredningen har föreslagit att Socialstyrelsen ska få ett regeringsuppdrag om enhetlig dokumentation av levnadsvanor, inklusive insatser mot ohälsosamma levnadsvanor, samt möjlighet att återuppta registrering av livsvillkor såsom typ av våldsutsatthet. Kostnaden beräknas till 5 miljoner kronor, utifrån kostnader för schablonmässiga regeringsuppdrag till Socialstyrelsen.

Uppgifter av primärvårdskaraktär och från elevhälsan

Utredningen lämnar en rad bedömningar och förslag (kapitel 13) om att utöka uppgiftslämnandet från primärvården och inrätta ett elevhälsodataregister. Arbetet med att samla fler uppgifter från primärvården hanteras inom ett befintligt uppdrag till Socialstyrelsen¹, och en utredning har fått i uppdrag att föreslå förutsättningar för att inrätta ett nationellt elevhälsodataregister². Därför lämnas ingen

¹ Regeringsbeslut S2025/00940.

² Bilaga till regeringsbeslut 2025-09-17 § 200.

separat konsekvensbeskrivning av dessa förslag i denna utredning, eftersom de redan omfattas av annan beredning.

Uppgifter om skolfrånvaro

Utredningen bedömer att det finns ett behov av data om skolfrånvaro (se kapitel 13). Utredningen hänvisar till konsekvensbedömningen i betänkandet från utredningen om stärkt trygghet och studiero i skolan³, där inrättandet av ett nationellt frånvaroregister föreslås. Därför lämnas ingen separat konsekvensbeskrivning av detta förslag.

Tandhälsovård

Utredningen har föreslagit att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utreda om det behövs ytterligare författningsändringar för att samla in ytterligare uppgifter om tandhälsovård, se kapitel 13. Utredningen föreslår att 5 miljoner kronor avsätts för uppdraget. Eventuella framtida konsekvenser av en faktisk datainsamling behöver analyseras i samband med den fortsatta beredningen av förslaget, men det kommer troligtvis innebära ökade kostnader och administrativa konsekvenser för bland annat regionerna.

Vaccinationer

Utredningen har föreslagit att Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag att utreda om det behövs ytterligare författningsändringar för att samla in ytterligare uppgifter om vaccinationer (kapitel 13). Ett sådant uppdrag uppskattas kosta 2,5 miljoner kronor. Utredningen bedömer att det också kan tillkomma kostnader för E-hälsomyndigheten, samt kostnader för uppgiftslämnande för regioner och privata aktörer. Slutligen kan förslaget innebära en kostnadsökning för Folkhälsomyndigheten som ska hantera och förvalta nya data (implementering, anpassning och utveckling).

³ SOU 2025:8 s. 215.

Företagshälsovården

Utredningen har föreslagit att Socialstyrelsen eller någon annan myndighet ska få i uppdrag att utreda om det behövs ytterligare författningsändringar för att samla in uppgifter från företagshälsovården (se kapitel 13). Ett sådant uppdrag innebär inte bara att föreslå författningsändringar utan även att kartlägga vilka uppgifter som primärt bör samlas in. Detta uppdrag beräknas kosta 5 miljoner kronor. Utredningen bedömer att det också kan tillkomma kostnader för E-hälsomyndigheten, samt kostnader för uppgiftslämnande för regioner, kommuner och privata aktörer. Slutligen kan förslaget innebära en kostnadsökning för Socialstyrelsen som ska hantera och förvalta nya data. Eventuella framtida konsekvenser av att faktiskt införa datainsamlingen kommer att behöva analyseras vidare i samband med den fortsatta beredningen av förslaget.

Statlig hälso- och sjukvård

Utredningen föreslår att hälso- och omsorgsdata från vårdgivare inom statliga myndigheter, som Kriminalvården, SiS och universitet (studenthälsan), ska samlas in till hälsodataregister och andra relevanta nationella register. Syftet är att förbättra möjligheterna att följa upp och analysera hälsan i befolkningen, inklusive exempelvis placerade barn och ungdomar som i dag inte fullt ut omfattas av den nationella datainsamlingen. Eftersom förslaget kräver ytterligare utredning lämnas ingen fullständig konsekvensbeskrivning i detta betänkande. Konsekvenserna av att faktiskt införa datainsamlingen behöver analyseras vidare i anslutning till en sådan utredning.

Sjukfrånvaro och arbetade timmar

Utredningen föreslår att Försäkringskassan får i uppdrag att utreda hur uppgifter om korttidssjukfrånvaro och arbetade timmar kan samlas in på ett ändamålsenligt sätt, samt ta fram förslag på nödvändiga författningsändringar. Förslaget bedöms främst påverka Försäkringskassan och arbetsgivare inom offentlig och privat sektor. Kostnaden beräknas till cirka 5 miljoner kronor, utifrån kostnader för schablonmässiga regeringsuppdrag till myndigheten.

Förslaget avser ett tidsbegränsat uppdrag och innebär inte att nya uppgifter omedelbart ska lämnas in, och därför bedöms inga ytterligare konsekvenser för andra aktörer i detta skede. Eventuella framtida konsekvenser av att faktiskt införa datainsamlingen kommer att behöva analyseras vidare i samband med den fortsatta beredningen av förslaget.

EQ-5D

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att samla in data om hälsorelaterad livskvalitet på nationell nivå med hjälp av instrumentet EQ-5D. Enligt förslaget ska detta göras genom att EQ-5D inkluderas i folkhälsoenkäten HLV. Syftet är att förbättra möjligheterna att följa befolkningens hälsorelaterade livskvalitet över tid och få bättre underlag för hälsoekonomiska analyser inom folkhälsoområdet.

Förslaget bedöms främst påverka Folkhälsomyndigheten, som ansvarar för att genomföra HLV. Förslaget innebär att myndigheten behöver utveckla metoder och anpassa enkäten samt analyskapacitet för att bearbeta och tillgängliggöra resultaten.

Utredningen beräknar uppstartskostnaden till 2,5 miljoner kronor under det första året. För kommande undersökningar bedöms den årliga merkostnaden för insamling och analys av EQ-5D-data inom HLV till 500 000 kronor. Den exakta kostnaden beror på valet av metod för datainsamling och urval. Utgångspunkten är att HLV, som i dag finansieras med rammedel, fortsatt kan genomföras vartannat år enligt befintlig planering.

Utökade uppgifter om kostnader för insatser

Utredningen föreslår att uppgifter om vårdkostnader på individnivå, i form av kostnad per patient, ska samlas in på nationell nivå av Socialstyrelsen. Syftet är att skapa en mer heltäckande och jämförbar databas över vårdens kostnader, som kan användas för analys och uppföljning inom både hälso- och sjukvårdsområdet och folkhälsoområdet. Utredningen bedömer att dessa data bör vara löpande tillgängliga för regioner och kommuner, i syfte att stödja verksam-

hetsutveckling och förbättra möjligheterna till jämförelser och prioriteringar.

Förslaget bedöms medföra ökade kostnader för regionerna, främst kopplat till uppgiftslämnande och anpassning av befintliga system för att överföra individbaserade kostnadsdata. Samtidigt bedöms nyttan vara betydande, eftersom en nationell databas för kostnad per patient kan bidra till en mer rättvisande och effektiv jämförelse av vårdkostnader mellan regioner, vilket i sin tur kan främja en mer jämlik och kostnadseffektiv vård. Förslaget innebär att Socialstyrelsen behöver utveckla och förvalta ett nytt nationellt register. Detta medför ökade kostnader för myndigheten, både initialt i form av utvecklingskostnader och löpande för drift och förvaltning. Det är viktigt att registret utvecklas i nära samverkan med regionerna, exempelvis genom SKR. Eftersom detta förslag uppskattas medföra ökade kostnader för regionerna kan statliga medel behöva tillföras till regionerna enligt finansieringsprincipen.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag av regeringen att, i samråd med SKR, utreda förutsättningarna för att upprätta ett sådant register (inklusive förväntade kostnader och nödvändiga författningsförslag). Eftersom förslaget kräver ytterligare utredning lämnas ingen fullständig konsekvensbeskrivning i detta betänkande. Konsekvenserna av att faktiskt införa datainsamlingen från dessa aktörer behöver analyseras vidare i anslutning till en sådan utredning.

14.5 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Utredningen har lämnat förslag på hur folkhälsopolitiken kan stärkas genom ekonomiska analyser och effektutvärderingar. Förslagen omfattar hur samverkan mellan regioner, kommuner och myndigheter kan stärkas. Förslagen baseras på en ökad nationell samordning som syftar till att bistå både regering, regioner och kommuner i deras folkhälsoarbete. Exempelvis föreslås Folkhälsomyndigheten få i uppdrag att:

1. inrätta en nationell stödfunktion för hälsoekonomisk metodkunskap
2. med hjälp av SBU, ta fram kunskapsstöd om befintlig forskning och beprövad erfarenhet.

Utredningen föreslår att kommuner och regioner ska få bättre tillgång till data för att utveckla sin verksamhet inom folkhälsoområdet, och att indikatorsystemet ska stärkas med uppgifter som kan brytas ned på regional och lokal nivå. Utredningen bedömer att inget av dessa förslag inkräktar på det kommunala självstyret, utan tvärtom bedöms förslagen stötta regioners och kommuners behov.

Dessutom föreslår utredningen en nationell insamling av kostnadsdata från vården. Detta förslag bedöms medföra en ökad kostnad och administrativ börda för regionerna och kommunerna, men den potentiella nyttan bedöms samtidigt som stor. För att säkerställa att ett sådant register kommer regionerna tillgodo ska förberedelserna involvera regionerna, genom exempelvis SKR. Eftersom detta förslag uppskattas medföra ökade kostnader för regionerna kan statliga medel behöva tillföras till regionerna enligt finansieringsprincipen.

Slutligen kan utredningen konstatera att det i dag finns väletablerade strukturer för att samla in individbaserade hälsodata på nationell nivå, men att de ofta inte är utformade för att enkelt kunna utökas med nya variabler. Dessutom varierar förutsättningarna för uppgiftslämnande mellan regioner och kommuner. Att utöka uppgiftslämnande till befintliga register kräver ofta omfattande förarbete och nära dialog med de berörda myndigheterna samt regionerna och kommunerna.

Det finns en nationell samverkansgrupp för hälsodata som verkar för att skapa gemensamma strukturer för att tillgängliggöra, kvalitets-säkra och juridiskt hantera vårddata. De ökade statliga kraven på datadelning i och med EHDS innebär omfattande arbete, och därmed kan olika aktörer behöva samverka och regionerna kan behöva ökade resurser.

14.6 Konsekvenser för barn och unga, män och kvinnor

Förslagen i detta betänkande har ett tydligt fokus på barn och unga samt på könsskillnader i folkhälsan. Flera av förslagen syftar till att förbättra möjligheterna att följa upp och analysera insatser som är riktade till barn och unga, bland annat genom förstärkt och utökad insamling av data om elevhälsa, tandvård, skolfrånvaro, vaccinationer och statlig hälso- och sjukvård. Dessa uppgifter är viktiga för att

kunna följa barns och ungas hälsa över tid samt analysera långsiktiga effekter av insatser under barndomen och tonåren.

Vidare gör den föreslagna utökade datainsamlingen det möjligt att analysera könsskillnader i hälsa och i tillgång till och effekter av olika insatser.

Referenslista

- Almond, D., Currie, J. & Duque, V. (2018). "Childhood circumstances and adult outcomes: Act II." *Journal of Economic Literature*, 56(4), s. 1360–1446.
- Angrist, J. D. & Pischke, J.S. (2009). *Mostly harmless econometrics: An empiricist's companion*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Arbetsmiljöverket (2022). *Arbetsmiljöstatistik Rapport 2022:2: Arbetsmiljön 2021*. Tillgänglig på: <https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsmiljon-2021/arbetsmiljostatistik-arbetsmiljon-2021-rapport-2022-2.pdf> [hämtad 25 mars 2025].
- Asaria, M., Griffin, S. & Cookson, R., *Distributional cost-effectiveness analysis: a tutorial*, Medical Decision Making, vol. 36, nr 1 (2016), s. 8–19.
- Becker, G.S. (2007). "Health as human capital: synthesis and extensions." *Oxford Economic Papers*, 59(3), s. 379–410.
- Bergfors, S., Åström, M., Burström, K. & Egmar, A.C. (2015). "Measuring health-related quality of life with the EQ-5D-Y instrument in children and adolescents with asthma." *Acta Paediatr*, 104(2), s. 167–173.
- Bet. 2002/03:SoU7 *Mål för folkhälsan*.
- Bet. 2012/13: SoU7 *Folkhälsopolitik*. Riksdagen. Stockholm: Socialutskottet, 2013.
- Bet. 2017/18: SoU26 *Folkhälsopolitik*. Riksdagen. Stockholm: Socialutskottet, 2018.

- Briggs, A.H., Weinstein, M.C., Fenwick, E.A.L., Karnon, J., Sculpher, M.J. & Paltiel, A.D. (2012). "Model Parameter Estimation and Uncertainty Analysis: A Report of the ISPOR-SMDM Modeling Good Research Practices Task Force Working Group-6." *Med Decis Making*, 32(5), s. 722–732.
- Browning, M. & Heinesen, E. (2012). "Effect of job loss due to plant closure on mortality and hospitalization." *Journal of Health Economics*, 31(4), s. 599–616.
- Brownson, R.C., Chiqui, J.F. & Stamatakis, K.A., *Understanding Evidence-Based Public Health Policy*, American Journal of Public Health, vol. 99, nr 9 (2009), s. 1576–1583.
- Burström, B., Hemmingsson, M., Burström, K., Corman, D., m.fl. (2010). *Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län – öppna jämförelser 2010*. Rapport 2010:4. Stockholm: Karolinska Institutets Folkhälsoakademi.
- Burström, K., Teni, F.S., Gerdtham, U.G., mfl. (2020). "Experience-Based Swedish TTO and VAS Value Sets for EQ-5D-5L Health States." *PharmacoEconomics* 38, s. 839–856.
- CAN, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. *Undersökning: Vanor och konsekvenser*. Tillgänglig på: <https://www.can.se/undersokningar/vanor-och-konsekvenser/> [hämtad 25 mars 2025].
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2021). "The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows." *Public Health*, 199, s. 20–24.
- DFØ (2023), Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*. Oslo. Tillgänglig på: <https://dfo.no/fagomrader/utredning-og-analyse-av-statlige-tiltak/samfunnsokonomiske-analyser/veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser> [hämtad 29 juni 2025].
- Dir. 2023:177 *Samordnare för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården*.
- Dir. 2024:13 *Bättre förutsättningar för att utveckla en kunskapsbaserad socialtjänst*.
- Dir. 2024:21 *Effektivare folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser*.

- Dir. 2024:30 *En förbättrad elevhälsa och ger en särskild utredare i uppdrag att analysera och föreslå hur elevhälsan kan stärkas samt hur stödinsatser i skolan kan regleras och samordnas.*
- Dir. 2024:41 *Tilläggsdirektiv till Utredningen om hälsodataregister (S 2023:02).*
- Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Claxton, K., Stoddart, G.L. & Torrance, G.W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes.* Oxford university press.
- Edwards, R.T., Charles, J.M., Lloyd, Williams, H. (2013). "Public health economics: a systematic review of guidance for the economic evaluation of public health interventions and discussion of key methodological issues." *BMC Public Health*, 13:1001.
- eHälsomyndigheten (2023). *Förslag till övergripande färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården: Delredovisning S2023/02108.* Tillgänglig på: https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3_om-oss/rapporter/rapporter_regeringsuppdrag/forslag-till-overgripande-fardplan-for-genomforandet-av-en-nationell-digital-infrastruktur-for-halso--och-sjukvarden---delrapport.pdf [hämtad 20 mars 2025].
- Eklom-Bak, E., Lindwall, M., Eriksson, L., Stenling, A., Svartengren, M., Lundmark, R., Kallings, L., Hemmingsson, E. & Väisänen, D. (2024). "In or out of reach? Long-term trends in the reach of health assessments in the Swedish occupational setting." *Scand J Work Environ Health*, 50(8), s. 641–652.
- Eliason, M. & Storrie, D. (2009). "Job loss is bad for your health – Swedish evidence on cause-specific hospitalisation following involuntary job loss." *Social Science & Medicine*, 68(8), s. 1396–1406.
- EMQ (2022), Elevhälsans Medicinska kvalitetsregister. *Verksamhetsberättelse 2022.* Tillgänglig på: <https://www.emq.nu/media/hn5ihmjm/verksamhetsber%C3%A4ttelse-2022-emq.pdf> [hämtad 25 mars 2025].
- ESO (2011), Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. *2011:4: Välfärdstjänster i privat regi – framväxt och drivkrafter.* Stockholm: Finansdepartementet, 2011.

- ESO (2020), Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. *2020:1: Med framtiden för sig – en ESO-rapport om sociala investeringar*. Stockholm: Finansdepartementet, 2020.
- Finansdepartementet, Norge (2014). *Rundskriv R-109/2014*. Tillgänglig på:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/rundskriv/faste/r_109_2014.pdf [hämtad 29 juni 2025].
- Finansdepartementet, Norge (2021). *Rundskriv R, nr. R-109: Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser*. Tillgänglig på:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/rundskriv/faste/r_109_2021.pdf [hämtad 29 juni 2025].
- Finansdepartementet, Norge (2024). *Utredningsinstruksen*. Tillgänglig på:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/utredningsinstruksen/id3060944/> [hämtad 29 juni 2025].
- Finkelstein, D.M., Harding, J.F., Paulsell, D., English, B., Hijjawi, G.R. & Ng'andu, J. (2022). "Economic Well-Being And Health: The Role Of Income Support Programs In Promoting Health And Advancing Health Equity: Study examines income support programs and their role in promoting health and advancing health equity." *Health Affairs*, 2022:41(12), s. 1700–1706.
- Fischer, M., Gerdtham, U.G., Heckley, G., Karlsson, M., Kjellsson, G. & Nilsson, T. (2021). "Education and health: long-run effects of peers, tracking and years." *Economic Policy*, 36, (105), s. 3–49.
- Fischer, M., Karlsson, M., & Nilsson, T. (2013). Effects of Compulsory Schooling on Mortality: Evidence from Sweden. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(8), s. 3596–3618.
- FN (1948), Förenta nationerna. *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna*, artikel 25. Paris: United Nations, 1948.
- FN (1992), Förenta Nationerna. *United Nations Conference on Environment and Development*.
 UN Doc. A/CONF.151/26/Vol.I.
- FN (2000), Förenta Nationerna. *Millennium Poll, 2000*. New York: United Nations, 2000.

- FN (2011), Förenta Nationerna. General assembly. *Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. A/66/L.1. Tillgänglig på:
https://www.emro.who.int/images/stories/ncds/documents/unpd_2011_en.pdf [hämtad 29 mars 2025].
- Folkhälsomyndigheten (2017). *Samråd och dialog med nationella minoriteter och urfolk i syfte att förbättra förutsättningarna för gruppernas hälsa: Redovisning av ett regeringsuppdrag, november 2017*. Artikelnummer: 02258–2017.
- Folkhälsomyndigheten (2018). *Hälsoekonomisk analys av TBE-vaccination i Stockholms läns landsting (SLL)*. Framtagen på uppdrag av SLL. Artikelnummer 18125.
- Folkhälsomyndigheten (2019). *Översyn av politikområdesmål, bestämningsfaktorer och indikatorer*. Uppdrag i Folkhälsomyndighetens regleringsbrev för 2019.
- Folkhälsomyndigheten (2020a). *Hälsoekonomiska utvärderingar av förebyggande insatser inom områdena alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar (ANDTS): Litteraturoversikt om kostnadseffektivitet*. Artikelnummer 20173.
- Folkhälsomyndigheten (2020b). *Hälsoekonomiska konsekvenser av användning av anabola steroider i Sverige*. Publicerad: 17 november 2020.
- Folkhälsomyndigheten (2022a). *Folkhälsans utveckling: Årsrapport 2022*. Artikelnummer 22026.
- Folkhälsomyndigheten (2022b). *På väg mot en god och jämlik hälsa – stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet*. Artikelnummer: 20121. Tillgänglig på:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/p/pa-vag-mot-en-god-och-jamlik-halsa--stodstruktur-for-det-statliga-folkhalsoarbetet/> [hämtad 25 mars 2025].
- Folkhälsomyndigheten (2023a) och Umeå universitet. *Hur mår samer i Sverige? – Resultat från en enkätundersökning om hälsa, livsvillkor och levnadsvanor bland samer*. Artikelnummer 23011.

- Folkhälsomyndigheten (2023b). *Vaccinationstäckning per födelse-land, inkomst- och utbildningsgrad (uppföljning av vaccination mot covid-19)*. Tillgänglig på: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/uppfoljning-av-vaccination/vaccinationstackning-per-fodelse-land-inkomst-och-utbildningsgrad/> [hämtad 25 mars 2025].
- Folkhälsomyndigheten (2023c). *Folkhälsoarbetet i Sverige: En nationell kartläggning av kommuners, regioners och länsstyrelser folkhälsoarbete 2022–2023*. Artikelnummer: 23196.
- Folkhälsomyndigheten (2024). *Folkhälsoarbetet i Sverige – En nationell kartläggning av kommuners, regioners och länsstyrelser folkhälsoarbete 2022–2023*.
- Folkhälsomyndigheten (2025a). *Lagar inom folkhälsoområdet*. Tillgänglig på: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/lagar-inom-folkhalsoområdet/> [hämtad 31 januari 2025].
- Folkhälsomyndigheten (2025b). *Delredovisning av regeringsuppdrag. Ärendenummer 03797–2024*. Solna.
- Folkhälsomyndigheten (2025c). *Nationella folkhälsoenkäten 20 år: Så har resultaten använts*. Artikel 24194.
- Folkhälsomyndigheten (2025d). *Folkhälsan i Sverige: Årsrapport 2025*. Artikelnummer: 25037.
- Folkhälsomyndigheten (2025e). *Statistik om suicid*. Tillgänglig på: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/statistik-om-suicid/> [hämtad 30 oktober 2025].
- Förordning (2010:185) med instruktion för Trafikverket. Stockholm: Infrastrukturdepartementet, 2010.
- Förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten. Stockholm: Socialdepartementet, 2021.
- Förordning (2024:705). Stockholm: Socialdepartementet, 2024.

- Förordning 2007:1233 *med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*. Stockholm: Regeringskansliet, 2007.
- Försäkringskassan (2011). *Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäringen?* Socialförsäkringsrapport 2011:4.
- Försäkringskassan (2025a). *Beställning av individdata för forskning*. Tillgänglig på: <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/bestallning-av-individdata-och-statistik/bestallning-av-individdata-for-forskning> [hämtad 25 mars 2025].
- Försäkringskassan (2025c). *Statistikdatabas*. Hämtad 29 oktober 2025 från: <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/sjuk/sjp-startade-diagnos>
- Försäkringskassan. (2025b) *Tema psykisk ohälsa*. Hämtad 29 oktober 2025 från: <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/tema-psykisk-ohalsa>
- Försäkringskassan. (2025d). *Antal och andel pågående sjukfall*. Månadsstatistik januari 2025. Hämtad 29 oktober 2025 från: <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas>
- Forslund, A. & Öckert, B. (2018). *Lathund – att tänka på när politik ska utvärderas*. Stockholm: IFAU – Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- FORTE (2021). *Svenska effektutvärderingar av beteendemässiga, psykologiska och sociala insatser 1990–2019*. ISBN: 978-91-88561-38-1.
- Gerard, J., van den Berg, G. & Siflinger, B.M. (2022). "The effects of a daycare reform on health in childhood – Evidence from Sweden." *Journal of Health Economics*, 81, 102577.
- Grossman, M. (1972). "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health." *Journal of Political Economy*, 80(2), s. 223–255.
- Gruneau, L., Svensson, M., Henriksson, M. (2022). *Precision i hälsoekonomiska utvärderingsresultat och osäkerhet i prioriteringsbeslut*. CMT Rapport 2022:1, ISSN 0283 1228, E ISSN 1653 7556.

- Hagen, J., Laun, L., Lucke, C. & Palme, M. (2025). "The rising income gradient in life expectancy in Sweden over six decades." *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2025:122(14), p.e 2418145122.
- Hall, C., Liljeberg, L., Kotakorpi, K. & Pirttilä, J. (2024). *Hälsoeffekter av jobbgarantin för ungdomar*. Rapport 2024:16. Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU). Tillgänglig på: <https://www.ifau.se/globalassets/pdf/se/2024/2024-16-halsoeffekter-av-jobbgarantin-for-ungdomar.pdf> [hämtad 25 mars 2025].
- Heckman, J.J. (2006). "Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children." *Science*, 312,5782, s. 1900–1902.
- Heckman, J.J. (2011). "The economics of inequality: The value of early childhood education." *American Educator*, 35(1).
- Heckman, J.J. (2012). "The developmental origins of health." *Health Economics*, 21(1), s. 24.
- Helsedirektoratet (2025). *Strategi for Helsedirektoratet*. Oslo: Helsedirektoratet. Hämtad 29 juni 2025 från: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/strategi-for-helsedirektoratet> [hämtad 29 juni 2025].
- HPI (2025), Health Profile Institute. *Om HPI*. Tillgänglig på: <https://www.hpi.se/> [hämtad 29 oktober 2025].
- Hultkrantz, L. (2020). "Värdet av ett statistiskt liv och covid-19." *Ekonomisk Debatt*, nr 8, årgång 48. Tillgänglig på: <https://www.nationalekonomi.se/wp-content/uploads/2020/12/48-8-lh.pdf> [hämtad 31 januari 2025].
- IHE (2025), Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi. *Sambällsekonomiska kostnader för övervikt och obesitas i Sverige*. IHE RAPPORT 2025:7. Tillgänglig på: https://ihe.se/app/uploads/2025/06/IHE-RAPPORT-2025_7_.pdf [hämtad 29 oktober].
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *Sweden – Country Profile 2025*. Hämtad 29 oktober 2025 från: <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/sweden#main-content>

- ISPOR. *CHEERS: Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards*. Tillgänglig på:
<https://www.ispor.org/heor-resources/good-practices/cheers>
[hämtad 25 mars 2025].
- IIPS (2008). *Nya ansatser för att utvärdera den regionala tillväxtpolitiken: Ett första underlag*, Regleringsbrevsuppdrag nr 6. Stockholm: IIPS.
- Jämställdhetsmyndigheten (2022). *Ekonomisk jämställdhet: en uppföljning av senare års utveckling av det jämställdhetspolitiska delmålet*. Rapport 2022:2. Tillgänglig på:
<https://jamstalldhetsmyndigheten.se/media/2rdiwo0s/rapport-2022-2-ekonomisk-jamstallldhet-2022-02-08.pdf> [hämtad 28 mars 2025].
- Karlsson, M & Nilsson, T. SNS Analys nr 49. *Den allmänna och fria spädbarnsvårdens betydelse för hälsa, utbildning och inkomster*. Tillgänglig på:
<https://www.sns.se/cdn.triggerfish.cloud/uploads/2018/04/sns-analys-nr-49.-den-allman-na-och-fria-spadbarnsvardens-betydelse.pdf> [hämtad 15 mars 2025].
- Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2024). *Vägledning för enhetlig dokumentation av en persons levnadsvanor: Nationell arbetsgrupp (NAG) för enhetlig dokumentation avseende levnadsvanor*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Tillgänglig på:
<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramraden/npolevnadsvanor/dokumentationavlevnadsvanor.91610.html>
[hämtad 23 mars 2025].
- Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2025). *Nationella kvalitetsregister*. Tillgänglig på:
<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kvalitet/sregister.66155.html> [hämtad 25 mars 2025].
- Lager, A. & Torssander, J. (2012). "Causal effect of education on mortality in a quasi-experiment on 1.2 million Swedes." *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(22), s. 8461–8466.

- Livsmedelsverket (2012). *Riksmaten – vuxna 2010–11: Livsmedels- och näringsintag bland vuxna i Sverige*. Uppsala: Livsmedelsverket, 2012. ISBN 978-91-7714-216-4.
- Livsmedelsverket (2024). *Swedish Market Basket Study 2022*. L 2024 nr 08. Uppsala: Livsmedelsverket, 2024.
- Ljung, R., Peterson, S., Hallqvist, J., Heimerson, I. & Diderichsen, F. (2005). "Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden." *Bull World Health Organ*, 83(2), s. 92–99.
- Lopez, A.D. & Murray, C.C. (1998). "The global burden of disease, 1990–2020." *Nature Medicine* 4(11), s. 1241–1243.
- Ludvigsson, J.F., Berglind, D., Sundquist, K., Sundström, J., Tynelius, P. & Neovius, M. (2022). "The Swedish military conscription register: opportunities for its use in medical research." *European Journal of Epidemiology*, online 9 juli 2022.
- Madi, H.H. & Hussain, S.J. (1995). *Health Protection and Promotion. Information for Authors*, vol. 1.
- Magnusdottir, K., Ghani, Z., Heintz, E., Zethraeus, N., Sparring, V. & Nystrand, C. (2023). *Budgetpåverkansanalys av vaccinationsprogram för äldre*. Rapport 2023:3. Stockholm: Stockholm centrum för hälsoekonomi / StoCHE (Region Stockholm).
- Marmot, M. m.fl. (2010). *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. Institute of Health Equity. Tillgänglig på: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf> [hämtad 5 mars 2025].
- McKie, J. & Richardson, J. (2003). "The rule of rescue". *Social Science & Medicine*, 56(12), s. 2407–2419.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022). *Riktade vaccinationsinsatser: Lärdomar från regionernas arbete för en hög och jämlik vaccinationstäckning mot covid-19*. Rapport 2022:5. Stockholm: Vårdanalys. Tillgänglig på: <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2022/10/Rapport-2022-5-Riktade-vaccinationsinsatser.pdf> [hämtad 25 mars 2025].

NCK (2014), Nationellt centrum för kvinnofrid. *Våld och hälsa: En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Uppsala universitet. NCK-rapport 2014:1. Tillgänglig på: <https://www.uu.se/centrum/nck/nck-forskning/befolkningsundersokningen-vald-och-halsa> [hämtad 25 mars 2025].

NOU 2012:16 *Samfunnsökonomiska analyser*.

Oscarsson, H. & Bergström, A. (red.) (2017). *Svenska trender 1986–2016. SOM-undersökningen 2016* (Göteborg: SOM-institutet 2017).

Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Prop. 2002/03:35 *Mål mot folkhälsan*.

Prop. 2011/12:23 *Ny ordning för nationella vaccinationsprogram*.

Prop. 2012/13:116 *En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet*.

Prop. 2017/18:249 *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*.

Prop. 2023/24:1 *Budgetpropositionen för 2024*.

Prop. 2025/26:1 *Budgetpropositionen för 2026*.

Puig-Barrachina, V., Malmusi, D., Artazcoz, L., Bartoll, X., Clotet, E., Cortès-Franch, I., Ventura, L., Daban, F., Díez, È. & Borrell, C. (2020). "How does a targeted active labour market program impact on the well-being of the unemployed? A concept mapping study on Barcelona 'Employment in the Neighbourhoods'." *BMC Public Health*, 17;20(1), s. 345.

Rådet för den officiella statistiken, SCB. *Arbetsbeskrivning för Rådet för den officiella statistiken*. Tillgänglig på: <https://www.scb.se/om-scb/scbs-verksamhet/rad-och-namnder/radet-for-den-officiella-statistiken/arbetsbeskrivning-for-radet-for-den-officiella-statistiken/> [hämtad 15 oktober 2025].

Regeringsbeslut 2025-09-17 § 200 *Bättre förutsättningar för att följa upp barns och ungas hälsa och hälsoutveckling*. 2025.

Regeringsbeslut S2024/01659 *Uppdrag till Folkhälsomyndigheten och Vinnova att förbereda, utforma och implementera ett långsiktigt nationellt stöd*. Stockholm: Regeringskansliet, 2024.

- Regeringsbeslut S2025/00940 *Uppdrag till Socialstyrelsen att förbereda för utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården.*
- Regeringsbeslut S2025/00940 *Uppdrag till Socialstyrelsen att förbereda för utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården.*
- Regeringsuppdrag S2023/02379 *Uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga.*
- Regeringsuppdrag S2024/01875 *Uppdrag till Socialstyrelsen att förbereda för att betala ut medel till regioner för arbetet med nationella kvalitetsregister.*
- Regeringsuppdrag S2025/00402 *Uppdrag att bistå nationella kvalitetsregister med stöd i juridiska frågor.*
- Region Stockholm (2023). *VAL databaserna: Datalager för uppföljning av vårdhändelser i Region Stockholm.* Tillgänglig på: <https://www.regionstockholm.se/49062d/contentassets/42b155a7bb7b40a3ba639d84e180be9d/val-databaserna.pdf> [hämtad 25 mars 2025].
- Region Stockholm (2024a). *Hälsoekonomiska konsekvenser av en utvidgad egenprovtagning för klamydia och gonorré i Region Stockholm. Del 2 – analys av kostnadseffektivitet med en dynamisk epidemiologisk modell.*
- Region Stockholm (2024b). *Karies bland barn och ungdomar i Stockholms län 2023.* Tandhälsorapport. Stockholm: Karolinska Institutet / Akademisk barntandvård. Tillgänglig på: <https://akademiskbarntandvard.ki.se/wp-content/uploads/sites/141/2024/05/Karies-bland-barn-och-ungdomar-i-Stockholms-lan-2023-Tandhalsorapport.pdf> [hämtad 25 mars 2025].
- Regionalt cancercentrum Syd (2022). *Cancerplan för Södra sjukvårdsregionen 2023–2025.* Tillgänglig på: <https://cancercentrum.se/download/18.7df1d5341961de0462c33f3/1744379347888/cancerplanen-sodra-sjukvardsregionen-webb-2023-2025.pdf> [hämtad 15 september 2025].
- Regjeringen Norge (2011). Prop. 90 L (2010–2011) *Lov om folkehelsearbeid.* regjeringen.no. Tillgänglig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l-20102011/id638503/> [hämtad 29 juni 2025].

- Regjeringen Norge (2016). Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste: Melding om prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tillgänglig på:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/> [hämtad 29 juni 2025].
- Regjeringen Norge (2021). Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet: Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hämtad 29 juni 2025 från:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/> [hämtad 29 juni 2025].
- Regjeringen Norge (2024). *Utvalg om prioritering av folkehelse-tiltak*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tillgänglig på:
<https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/organiseringen-av-helse-og-omsorgsdepartementet/styret-rad-og-utvalg/tidligere-styret-rad-og-utvalg/utvalg-om-prioritering-av-folkehelse-tiltak/id3045205/> [hämtad 29 juni 2025].
- Regjeringen Norge (2025). *Regelverk på folkehelseområdet*. regjeringen.no. Tillgänglig på:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/folkehelselova/regelverk-pa-folkehelseområdet/id2527744/> [hämtad 29 juni 2025].
- Rskr. 2002/03:145. Regeringen, Socialdepartementet. ”Med överlämnande av socialutskottets betänkande 2002/03:SoU7 Mål för folkhälsan får jag anmäla att riksdagen denna dag bifallit utskottets förslag till riksdagsbeslut.”
- Rskr. 2012/13:280 *En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet*. Stockholm: Riksdagen, 2013.
- SBU (2023), Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. *Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten: En metodbok*. Stockholm. Tillgänglig på:
<https://www.sbu.se/metodbok> [hämtad 31 januari 2025].
- SBU (2025), Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. *Hälsoekonomi: Granskningsmall*. Tillgänglig på:
<https://www.sbu.se/sv/metod/halsoekonomi/> [hämtad 26 mars 2025].
- SCAPIS. *Swedish CARdioPulmonary bioImage Study*. Tillgänglig på:
<https://www.scapis.org/> [hämtad 28 mars 2025].

- SCB (2000), Statistiska centralbyrån. *Minska bortfallet*. Tillgänglig på: <https://www.scb.se/contentassets/d62df838f1ac40648b3c29f79fa88c7c/minska-bortfallet.pdf> [hämtad 29 oktober 2025].
- SCB (2025a), Statistiska centralbyrån. *Det statistiska registrets framställning och kvalitet: Flergenerationsregistret 2024*. Stockholm: SCB, 2025.
- SCB (2025b), Statistiska centralbyrån. *Officiell statistik*. Tillgänglig på: <https://www.scb.se/sam-forum/hem/officiell-statistik/> [hämtad 29 juni 2025].
- SCB (2025c), Statistiska centralbyrån. *Supplement to appendix 15*. Stockholm: SCB, 2025. Tillgänglig på: <https://www.scb.se/contentassets/0d073cdda6a345ac8edc975fa20ad5cb/supplement15.pdf> [hämtad 27 mars 2025].
- SCB (2025d), Statistiska centralbyrån. *Kvalitetsdeklaration för Arbetskraftsundersökningarna (AKU), AM0401*. Stockholm: SCB, 2025. Tillgänglig på: https://www.scb.se/contentassets/c12fd0d28d604529b2b4ffc2eb742fbe/am0401_kd_2025_20250217.pdf [hämtad 25 mars 2025].
- SCB A2023/1960, Statistiska centralbyrån. *Förutsättningar för att samla in nya skoldata från systemleverantörer, återrapportering enligt regeringsuppdrag*. Diarienummer A2023/1960.
- Schmieder, J., von Wachter, J. & Heining, J. (2023). "The Effects of Unemployment Benefits on Job Match Quality and Labor Market Outcomes." *Journal of Labor Economics*, 41(1), s. 55–106.
- Schultz, T.W. (1962). *Investment in Human Beings*. National Bureau of Economic Research.
- Seblova, D., Fischer, M., Fors, S., Johnell, K., Karlsson, M., Nilsson, T., Svensson, A.C., Lövdén, M. & Lager, A. (2021). "Does Prolonged Education Causally Affect Dementia Risk When Adult Socioeconomic Status Is Not Altered? A Swedish Natural Experiment in 1.3 Million Individuals." *American Journal of Epidemiology*, 190(5), s. 817–826.
- SKR (2015), Sveriges kommuner och regioner. *Personalnnyckeltal i kommuner och landsting*. ISBN: 978-91-7585-271-3.

- SKR (2018), Sveriges kommuner och regioner. *Uppdrag Psykisk Hälsa. Förbättrad samverkan för minskad sjukskrivning*. Tillgänglig på: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2018/10/F%C3%B6rb%C3%A4ttrad-samverkan-f%C3%B6r-minskad-sjukskrivning.pdf> [hämtad 25 mars 2025].
- SKR (2025a), Sveriges kommuner och regioner. *Riksavtal förutom-länsvård 2025*. ISBN: 978-91-8047-340-8.
- SKR (2025b), Sveriges kommuner och regioner. Nationellt system för kunskapsstyrning. *Vägledning för enhetlig dokumentation av en persons levnadsvanor: Nationell arbetsgrupp (NAG) för enhetlig dokumentation avseende levnadsvanor*. Tillgänglig på: <https://extra.skr.se/download/18.1f3996a119993cb793e33402/1759479077155/Dokumentation-av-en-persons-levnadsvanor-vagledning-2025-10-03.pdf> [hämtad 31 januari 2025].
- Socialstyrelsen (2015). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 – Sjukdomsförebyggande metoder – Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Artikelnummer: 2015-1-1.
- Socialstyrelsen (2020). *Beräkningsverktyg för att uppskatta kostnader för insatser som föranletts av våld i nära relationer – uppdaterad 2022-10-20*. Artikelnummer: 2020-6-6853. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/berakningsverktyg-for-att-uppskatta-kostnader-for-insatser-som-foranletts-av-vald-i-nara-relationer--uppdaterad-2022-10-20-2020-6-6853/> [hämtad 15 oktober 2025].
- Socialstyrelsen (2021a). *Metodbeskrivning för arbetet med nationella riktlinjer*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2021. Hämtad 31 januari 2025 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/nationella-riktlinjer/nationella-riktlinjer-metodbeskrivning.pdf>.
- Socialstyrelsen (2021b). *Det statistiska registrets framställning och kvalitet: Registret över heldygnsinsatser till barn och unga*. Artikelnummer: 2021-12-7710. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/barn-och-unga/framstallning-och-kvalitet/> [hämtad 25 mars 2025].

- Socialstyrelsen (2021c). *Det statistiska registrets framställning och kvalitet: Registret över tvångsvård av vuxna missbrukare*. Artikelnummer: 2022-3-7796. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/tvangsvard-av-missbrukare/framställning-och-kvalitet/> [hämtad 25 mars 2025].
- Socialstyrelsen (2021d). *Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning*. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/aldre-och-personer-med-funktionsnedsättning/> [hämtad 25 mars 2025].
- Socialstyrelsen (2022a). *Det statistiska registrets framställning och kvalitet: Dödsorsaksregistret*. Artikelnummer: 2022-5-7909. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/dodsorsaksregistret/> [hämtad 25 mars 2025].
- Socialstyrelsen (2022b). *Det statistiska registrets framställning och kvalitet: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Artikelnummer: 2022-10-8152. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/insatser-enligt-ss/framställning-och-kvalitet/> [hämtad 25 mars 2025].
- Socialstyrelsen (2022c). *Förslag på författningsändringar för medicinska födelseregistret*. Artikelnummer: 2022-4-7868. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/8319ec075e0340adb55fc735e6d85032/2022-4-7868.pdf> [hämtad 25 mars 2025].
- Socialstyrelsen (2023). *Det statistiska registrets framställning och kvalitet: Cancerregistret*. Artikelnummer: 2023-3-8448. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/cancerregistret/> [hämtad 23 mars 2025].
- Socialstyrelsen (2024a). *Nationella riktlinjer 2024: Vård vid ohälsosamma levnadsvanor: Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser för sjukdomsprevention och behandling*. Artikelnummer: 2024-11-9272.
- Socialstyrelsen (2025a). *Patientregistret (PAR)*. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/patientregistret/framställning-och-kvalitet/> [hämtad 30 oktober 2025].

- Socialstyrelsen (2025b). *Kunskapsunderlag för Nationellt basprogram för graviditetsövervakning: Graviditet, förlossning och tiden efter*. Artikelnummer: 2025-3-9442. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/nationella-riktlinjer-2025--graviditet-forlossning-och-tiden-efter--2025-3-9442/> [hämtad 23 mars 2025].
- Socialstyrelsen (2025c). *Medicinska födelseregistret (MFR)*. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/medicinska-fodelseregistret/> [hämtad 30 oktober 2025].
- Socialstyrelsen. (2025c) *Det statistiska registrets framställning och kvalitet – Register över ekonomiskt bistånd*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2022. Hämtad 25 mars 2025 från: Det statistiska registrets framställning och kvalitet – Registret över ekonomiskt bistånd – Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. *Det statistiska registrets framställning och kvalitet*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2025. Hämtad 23 mars 2025 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/>
- Socialstyrelsen. *Det statistiska registrets framställning och kvalitet: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2021. Hämtad 25 mars 2025 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/>
- Söderqvist, T. & Wallström, J. (2017). *Bakgrund till de samhälls-ekonomiska schablonvärdena i miljömålsmyndigheternas gemensamma prisdatabas*. Rapport 2017:8. Anthesis Enveco AB, Stockholm.
- SOFI (2024), Institutet för social forskning. *Levnadsnivåundersökningen (LNU)*. Stockholms universitet. Tillgänglig på: <https://www.su.se/institutet-for-social-forskning/forskning/infrastruktur/levnadsniv%C3%A5unders%C3%B6kningen-lnu-1.616100> [hämtad 26 mars 2025].
- SOU 1999:137 *Hälsa på lika villkor – del 3, underlagsrapport nr 16*.
- SOU 2000:91 *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*.
- SOU 2004:113 *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*.

- SOU 2016:55 *Det handlar om jämlik hälsa – delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa.*
- SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.*
- SOU 2018:79 *Analyser och utvärderingar för effektiv styrning.*
- SOU 2020:47 *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*
- SOU 2021:103 *Totalförsvarsanalys – en oberoende myndighet för uppföljning och utvärdering.*
- SOU 2021:34 *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga.*
- SOU 2024:2 *Ett samordnat Vaccinationsarbete – för effektivare hantering av kommande vacciner.*
- SOU 2024:29 *Goda möjligheter till ökat välbefinnande.*
- SOU 2024:57 *Ett nytt regelverk för hälsodataregister.*
- SOU 2025:15 *Stärkta drivkrafter och möjligheter för biståndsmottagare.*
- SOU 2025:8 *Bättre förutsättningar för trygghet och studiero i skolan.*
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2020, hämtad 13 oktober 2025 från: https://www.sbu.se/contentassets/c2b7c0c8ccd045b1b741b8b758abb1af/sbu_s_metodbok_version201015.pdf.
- Sullivan, D. & von Wachter, T. (2009). "Job Displacement and Mortality: An Analysis Using Administrative Data." *The Quarterly Journal of Economics*, 124(3), s. 1265–1306.
- Sun, S., Chuang, L.H., Sahlén, K.G., mfl. (2022). "Estimating a social value set for EQ-5D-5L in Sweden." *Health and Quality of Life Outcomes* 20, 167.
- Sveriges kommuner och regioner (SKR). 2024/25:90. *Nordiskt samarbete 2024*. Regeringen, 2025.
- Sveriges rikets lag (1974:152) *Regeringsformen*. Stockholm: Norstedts Juridik.

- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), *Introduktion till hälsoekonomisk utvärdering* (Stockholm: TLV, 2024), hämtad 31 januari 2025 från <https://www.tlv.se/lakemedelsforetag/halsoekonomi.html>.
- THL (2025), Institutet för hälsa och välfärd, Finland. *Avohilmo-rapporter – vårdbesöksstatistik inom primärvården*. Tillgänglig på: <https://thl.fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/perusterveydenhuollon-avohoidon-hoitoilmoitus-avohilmo/raportit> [hämtad 30 oktober 2025].
- TLV (2003), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. *Allmänna råd (TLVAR 2003:2) om ekonomiska utvärderingar*. Stockholm.
- TLV (2017), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. *Allmänna råd (TLVAR 2017:1) om ekonomiska utvärderingar*. Stockholm: TLV, 2017.
- TLV (2023), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. *Stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd – till långsiktigt hållbara läkemedelskostnader*. Stockholm.
- TLV (2024), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. *Tillgängliggörande av data för utvärdering av läkemedelsanvändning och läkemedelseffekt*. Rapport från regeringsuppdrag 2024. Tillgänglig på: https://www.tlv.se/download/18.612d018718f378fe9c1789/1714631552558/tillgangliggorande_av_data_for_uppfoljning_maj_2024.pdf [hämtad 25 mars 2025].
- Trafikverket (2024). *Analysmetod och samhällsekonomiska kalkylvärden för transportsektorn ASEK 8.0*. Stockholm.
- Uppsala universitet & Skandia Idéer för livet (2024). *Sociala investeringar: Ett beräkningsverktyg för sociala investeringar för barn och unga*. Tillgänglig på: https://ideerforlivet-prod.s3.amazonaws.com/uploads/2024/07/Sociala-investeringar-lonar-sig_240704.pdf [hämtad 30 oktober 2025].
- van den Berg, G., Lindeboom, M. & Dolton, P. (2006). "Survey Non-Response and the Duration of Unemployment." *Journal of the Royal Statistical Society, Series A*, 169(3), s. 585–604.

- Västra Götalandsregionen (2023). *Regional vårddatabas, Vega*. Koncernkontoret: Regional Vårdanalys, avdelning data och analys, koncernstab digitalisering. Tillgänglig på: <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/rs7897-268913469-880/surrogate/Variabelf%C3%B6rteckning%20Vega.pdf> [hämtad 28 mars 2025].
- Vedung, E. (1997). *Utvärdering och implementering*. Uppsala: Uppsala universitet, Institutet för bostadsforskning.
- Vetenskapsrådet (2025a). *Dataguiden.se och RUT – Register Utiliser Tool: En tjänst från Vetenskapsrådet*. Vetenskapsrådet, 2025. Tillgänglig på: <https://www.dataguiden.se/> [hämtad 29 juni 2025].
- Vetenskapsrådet (2025b). *RUT: Register utilizar tool*. Tillgänglig på: <https://rut.registerforskning.se/> [hämtad 15 september 2025].
- Wadensjö, E. (2013). *Övertäckning och bortfall*. Rapport 2013:3, Institutet för social forskning (SOFI), Stockholms universitet. Tillgänglig på: <https://su.divaportal.org/smash/get/diva2:822064/FULLTEXT01.pdf> [hämtad 15 september 2025].
- Wang S, John R. Moss, Janet E. Hiller, *Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health*, Health Promotion International, Volume 21, Issue 1, March 2006, s. 76–83.
- WHO (1948), Världshälsoorganisationen. *Konstitution för Världshälsoorganisationen*, antagen 1946. Genève.
- WHO (2008), Världshälsoorganisationen. Commission on Social Determinants of Health and World Health Organization. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report*. Geneva.

- WHO (2008), Världshälsoorganisationen. Commission on Social Determinants of Health and World Health Organization. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Final report of the commission on social determinants of health*. Tillgänglig på: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1> [hämtad 25 mars 2025].
- WHO (2011). *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. World Conference on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brazil. Tillgänglig på: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio_political_declaration.pdf?sfvrsn=6842ca9f_5&download=true [hämtad 20 mars 2025].
- WHO (2013), Världshälsoorganisationen. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. ISBN 978-92-4-150623-6. Tillgänglig på: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236> [hämtad 20 mars 2025].
- Winroth, J. (2014). *Hälsopromotion som idé, kunskapsområde och praktik*. Trollhättan: Högskolan Väst.
- Åström, M., Persson, C., Lindén-Boström, M., Rolfson, O. & Burström, K. (2018). "Population health status based on the EQ-5D-Y-3L among adolescents in Sweden: Results by socio-demographic factors and self-reported comorbidity." *Qual Life Res*, 27(11), s. 2859–2871.

Kommittédirektiv 2024:21

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 Folkhälsomyndighetens 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. Mål-

områdena 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 tvärsektoriell 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 folkhälspolitikerna 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 socioekonomiska 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 sjukdomsburden 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 hälso- klyftorna 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 behandlingskostnader och olika kostnader för produktionsbortfall. För att göra det möjligt att utvärdera specifika folkhälsoinsatser krävs ytter-

ligare 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 litteraturoversikt 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 alkoholanorna 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 samhälls-ekonomisk analys av problem och syfte samt analysera de samhälls-ekonomiska 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)

Kommittédirektiv 2025:38

Tilläggsdirektiv till Utredningen om förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken (S 2024:02)

Beslut vid regeringssammanträde den 10 april 2025

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 8 februari 2024 kommittédirektiv om effektivare folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser (dir. 2024:21). Enligt de ursprungliga direktiven ska betänkandet lämnas senast den 31 oktober 2025.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 30 januari 2026.

(Socialdepartementet)

Hälsoekonomisk antologi

- Kapitel 1 Ett enhetligt ramverk för utvärderingar inom folkhälsa: Utmaningar och metodologiska överväganden – Lärdomar från hälsoekonomi och utvärderingar inom hälso- och sjukvården . . . s. 361
- Kapitel 2 Lathund – att tänka på när folkhälsopolitiska utvärderas s. 385
- Kapitel 3 Om diskontering vid ekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser s. 423
- Kapitel 4 Etiska principer för folkhälsoprioriteringar s. 443
- Kapitel 5 Ekonomiska utvärderingar med fördelningsfokus s. 489

Ett enhetligt ramverk för utvärderingar inom folkhälsa:
Utmaningar och metodologiska överväganden
-Lärdomar från hälsoekonomi och utvärderingar inom
hälso- och sjukvården

Martin Henriksson¹ och Mikael Svensson²

¹Enheten för hälso- och sjukvårdsanalys, Institutionen för hälsa medicin och vård, Linköpings universitet

²Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet

INNEHÅLL

1. Introduktion	1
2. Ekonomiska utvärderingar	2
2.1 Kostnadsintäktsanalys.....	2
2.2 Kostnadseffektivitetsanalys.....	5
2.3 Teoretiska utgångspunkter för kostnadseffektivitetsanalys	7
2.3.1 Val av utfallsmått	7
2.3.2 Budgetbegränsade sektorer och tolkning av kostnadseffektivitet	9
2.3.3 Effekter i multipla sektorer	11
3. Räkneexempel	13
3.1 CEA med fasta budgetar och ett hälso- och sjukvårdsperspektiv	15
3.2 CEA med rörliga budgetar och ett hälso- och sjukvårdsperspektiv	16
3.3 CEA med fasta budgetar och ett samhällsperspektiv	16
3.4 CEA med rörliga budgetar och ett samhällsperspektiv	17
3.5 Sammanfattning av resultaten	18
4. Diskussion	18

1. Introduktion

Bör regioner subventionera ett vaccin mot sjukdomen TBE? Eller är det mer rimligt att satsa de resurserna på ett program för att minska antalet fallolyckor i stadsmiljö? Det finns en närmast oändligt lång lista av potentiella investeringar som kan genomföras med förhoppning om att förhindra nya sjukdomsfall, lindra konsekvenser av sjukdom, eller stärka folkhälsan mer generellt. Samtidigt är våra gemensamma resurser begränsade och prioriteringar mellan alternativa åtgärder måste därför ske.

Vi kommer i detta kapitel fokusera på hur ekonomiska utvärderingar kan användas för att ge den relevanta beslutsfattaren ett kunskapsunderlag för att bedöma effekter på kostnader såväl som nyttor av alternativa investeringar. Vi kommer särskilt att beakta hur dessa utvärderingar kan konstrueras på olika sätt beroende på beslutsfrågan och vilka delar av samhället som kan tänkas påverkas. Finns det en ekonomisk utvärderingsmetod som ”fits all sizes”?

I detta kapitel fokuserar vi också primärt på ekonomiska utvärderingar som används *ex ante* snarare än *ex post*. Metoder och tillvägagångssätt för en ekonomisk utvärdering som utförs för att ge kunskapsunderlag innan ett investeringsbeslut fattas (*ex ante*) och ekonomiska utvärderingar som utförs efter att en investering genomförts (*ex post*) skiljer sig ofta åt på betydande sätt vad gäller analysmetoder. I kapitel 2 i denna antologi beskrivs mer utförligt olika tillvägagångssätt som kan användas för att utvärdera effekterna av genomförda investeringar.

I svensk offentlig sektor har formella ekonomiska utvärderingar (*ex ante*) använts för att ge stöd till beslutsfattare inför olika investeringsbeslut sedan åtminstone 1960-talet. Mest uttalat har detta gjorts inom infrastrukturpolitiken, där dåvarande Vägverket på 1960-talet började använda samhällsekonomisk kostnadsintäktsanalys (på engelska, Cost-Benefit Analysis, CBA)¹ som kunskapsunderlag för investeringsbeslut.² Efter ett riksdagsbeslut år 1978 har kostnadsintäktsanalys använts som underlag för den nationella infrastrukturplaneringen³ och idag använder Trafikverket kostnadsintäktskalkylen som ett av flera beslutskriterier inför de tioåriga investeringsplanerna. Inom hälso- och sjukvården har ekonomiska utvärderingar en något nyare roll, och framför allt har de använts på ett systematiskt sätt inom läkemedelspolitiken. Sedan tidigt 2000-tal används ekonomiska utvärderingar för att fatta beslut om implementering av receptläkemedel i läkemedelsförmånen, idag inom ramen för arbetet hos Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). I övrig hälso- och sjukvård och folkhälsopolitik används ekonomisk utvärdering som kunskapsunderlag i mer begränsad utsträckning och sällan med samma systematik.

Inom hälso- och sjukvården har typen av ekonomisk utvärdering sällan varit av formen kostnadsintäktsanalys utan istället används metoden kostnadseffektivitetsanalys (på engelska,

¹ I enlighet med övriga texter i den här antologin översätter vi Cost-Benefit Analysis eller CBA till kostnadsintäktsanalys. Ibland används även begreppet nyttokostnadsanalys.

² Hultkrantz, L. and Vimefall, E. (2020), *Samhällsekonomisk nyttokostnadsanalys* (Lund: Studentlitteratur).

³ Svensson, M. and Hultkrantz, L. (2015), 'Ekonomiska utvärderingar i svensk offentlig sektor – likheter och skillnader', *Ekonomisk debatt*, 43 (3), 40-50.

Cost-Effectiveness Analysis, CEA). Skillnaden mellan kostnadsintäktsanalys och kostnadseffektivitetsanalys kan något förenklat sägas vara hur nyttor med alternativa investeringar mäts och värderas. Inom hälso- och sjukvården har användningen av ekonomiska utvärderingar ofta gått under terminologin hälsoekonomiska utvärderingar, vilket därför är den terminologi vi kommer att använda i detta kapitel.

Hälsoekonomiska utvärderingar och då framför allt kostnadseffektivitetsanalyser utgör idag en viktig del av de underlag som används vid prioriteringsbeslut om hur hälso- och sjukvårdens knappa resurser skall fördelas. Rollen för kostnadseffektivitetsanalys som underlag för prioriteringar har definierats lagstiftningsmässigt inom den så kallade *etiska plattformen* (se mer i kapitel 4 i denna antologi). När en hälsoekonomisk utvärdering skall genomföras behöver ett stort antal analytiska överväganden göras. Det handlar om allt ifrån att definiera beslutsproblemet och avgöra vilka kostnader och utfall som är lämpliga att beakta till att göra antaganden om insatsers långsiktiga effekter baserat på data från studier med (oftast) kort uppföljningstid. Både teoretiska och praktiska avvägningar kan ligga till grund för hur en utvärdering slutligen utformas. Litteraturen inom hälsoekonomisk utvärdering är talrik och vad som kan anses vara en ”korrekt” ansats debatteras fortfarande och kan som antytts ovan också bero på frågeställningen.

Vi vill i det här kapitlet introducera grunderna till hälsoekonomiska utvärderingar, redogöra för den teoretiska och metodologiska diskussion som förts under lång tid samt analysera vilka eventuella lärdomar som kan stödja ett ramverk för ekonomiska utvärderingar vid folkhälsoinsatser.

I avsnitt 2 beskriver vi olika ansatser för ekonomiska utvärderingar med fokus på kostnadsintäktsanalys och hälsoekonomiska utvärderingar i termer av kostnadseffektivitetsanalys. I avsnitt 3 följer sedan enkla räkneexempel som illustrerar hur olika utgångspunkter och metodval kan påverka vilka resultat som erhålls och hur de kan tolkas. Vi avslutar med en kortare diskussion i avsnitt 4.

2. Ekonomiska utvärderingar

2.1 Kostnadsintäktsanalys

Anta en svensk region där vaccination mot TBE-viruset idag inte är inkluderat i det offentliga utbudet av hälso- och sjukvård. Om vi tänker oss att denna region nu funderar på att höja skatten med några ören för att avgiftsfritt kunna erbjuda detta vaccinationsprogram inom det offentliga åtagandet, hur ska vi då kunna avgöra om denna åtgärd har en positiv eller negativ effekt på samhället? Detta är den principiella frågan som en ekonomisk utvärdering i form av en kostnadsintäktsanalys är tänkt att kunna ge vägledning åt. För att göra det krävs någon form av definition vad som menas med bättre och sämre.

I konventionell nationalekonomisk teori brukar hänvisas till Paretokriteriet, namngivet från ekonomen Vilfredo Pareto, för att avgöra om en viss åtgärd leder till en samhällelig förbättring eller försämring. Enligt Paretokriteriet leder en åtgärd till en förbättring om nyttan ökar för någon person i samhället utan att den samtidigt minskar för någon annan. Det är denna definition av förbättringar man hamnar i när det antas att nytta är ett ordinalt mått och inte går att direkt jämföra mellan olika personer. Att nytta är ordinalt innebär att personer kan rangordna olika åtgärder utifrån vad som anses vara bättre och sämre, men däremot inte att

det är möjligt att kvantifiera hur mycket bättre eller sämre med någon universellt accepterad enhet. Det blir ganska snabbt uppenbart att Paretkriteriet är mycket begränsande för att utvärdera offentliga investeringar eftersom det i princip alltid finns någon som får det sämre av en viss åtgärd. I exemplet ovan får alla skattebetalare vara med och finansiera vaccinationerna mot TBE-viruset, men det finns säkerligen flertalet personer som redan är vaccinerade och inte vill vara med och finansiera ett sådant offentligt åtagande. Åtgärden kan därför inte sägas vara en förbättring enligt Paretkriteriet, och det blir närmast omöjligt att identifiera en endaste åtgärd som kan sägas vara en förbättring enligt Paretkriteriet.

Kostnadsintäktsanalys, och tillämpade välfärdsekonomiska utvärderingar, har därför istället historiskt motiverats utifrån Kaldor-Hicks-kriteriet som härrör från två andra 1900-talsekonomer (Nicholas Kaldor och John Hicks). Kaldor-Hicks-kriteriet säger att en åtgärd leder till en samhällelig förbättring om de vars nytta av en åtgärd ökar ("vinnarna") kan kompensera de vars nytta minskar ("förlorarna") och vinnarna fortfarande önskar att åtgärden genomförs. Skulle kompensationen utföras i praktiken skulle det leda till att Paretkriteriet uppfylls. Att styra prioriterings- och investeringsbeslut utifrån Kaldor-Hicks-kriteriet innebär att alla åtgärder med ett positivt nettonuvärde, nuvärdet av alla fördelar minus alla kostnader, bör genomföras. Detta kan sägas vara mycket praktiskt eftersom det innebär att det är möjligt att använda kostnadsintäktsanalys, som just handlar om att beräkna nuvärdet av alla fördelar och kostnader, för att ge underlag om samhällseffekter av olika åtgärder och investeringar.

I en kostnadsintäktsanalys är uppgiften således att försöka identifiera och mäta alla tänkbara konsekvenser med en åtgärd och dess alternativ.⁴ För att värdera konsekvenserna på ett enhetligt sätt uttrycks de i monetära enheter (kronor, Euro, etc.). Värderingen bygger på betalningsviljeansatsen (eller betalningsacceptans), vilket syftar till att fånga hur de olika konsekvenserna kan översättas i monetära termer. För att återgå till exemplet med universell vaccination mot TBE-viruset; den maximala betalningsviljan för åtgärden kan värderas som den summa pengar en person är beredd att ge upp för åtgärdens införande utan att nyttan minskar. För varor och tjänster som handlas på en vanlig marknad kan marknadspriset användas som en approximation på detta värde (om marknaden är rimligt effektiv). Men många åtgärder som ligger under det offentliga åtagandet i Sverige har konsekvenser där det saknas marknadspriser. En större väginvestering kan exempelvis innebära effekter på liv och hälsa (trafikolyckor), miljön (utsläppsmängder) och tidsanvändning (restider). Detta är alla saker vi bryr oss om i varierande grad men där det saknas marknadspriser att använda i en kostnadsintäktsanalys. Sättet det hanteras på är att forskare och utredare då skattar betalningsviljor för dessa konsekvenser med olika direkta eller indirekta värderingsmetoder. Arbetet med kostnadsintäktsanalys inom svensk infrastrukturpolitik har exempelvis inneburit att Trafikverket idag har en katalog av skattningar på det monetära värdet av konsekvenser som minskade olyckor, utsläpp och restid.⁵

⁴ Hultkrantz and Vimefall (2020).

⁵ ASEK (2024), 'Analysmetod och samhällsekonomiska kalkylvärden för transportsektorn ASEK 8.0 (2024-04-02) <https://bransch.trafikverket.se/contentassets/0e5777a6301e4134a6e8365fc20c0e0e/asek-8.0-2-april-2024.pdf>

Genom att identifiera åtgärden som ska utvärderas, och det relevanta jämförelsealternativet, beräknas nettonuvärdet med en investering på följande sätt:

$$\sum_{t=0}^n \frac{(\Delta B_t - \Delta C_t)}{(1+r)^t}$$

Där ΔB_t fångar hur mycket fördelarna ökar med åtgärden jämfört med jämförelsealternativet i varje respektive år t och ΔC_t visar hur kostnaderna förändras med åtgärden jämfört med jämförelsealternativet i varje respektive år t . I nämnaren är r den samhällsliga diskonteringsränta som används. Diskonteringsräntan är ett mått på hur mycket framtida fördelar och kostnader nedvärderas i relation till nutiden, och brukar oftast sättas mellan 3–5 procent i ekonomiska utvärderingar (se en mer utförlig diskussion om diskonteringsräntan i avsnitt 3 i antologin). När alla fördelar och kostnader summerats över alla år innebär ett värde över noll att åtgärden uppfyller Hicks-Kaldor-kriteriet.

När kostnadsintäktsanalys används som underlag för prioriterings- och investeringsbeslut *ex ante* innebär det att många av fördelarna och kostnaderna baseras på uppskattningar och modelleringar av vad som är mest sannolikt att ske i framtiden. Typen av data och metodval för att identifiera, mäta och värdera fördelar och kostnader för en ekonomisk utvärdering *ex ante* och *ex post* skiljer sig ofta åt, och i kapitel 2 i denna antologi beskrivs mer utförligt olika tillvägagångssätt som kan användas för att utvärdera konsekvenser av en investering som faktiskt utförts. Utvärderingar som utförs för att bedöma konsekvenser av alternativa investeringar innan de utförts innebär nödvändigtvis att det krävs olika antaganden och modelleringar om de mest sannolika konsekvenserna med de alternativa investeringarna. För utvärderingar inom infrastrukturpolitiken kan man tänka sig att vissa antaganden kan göras med god precision (det finns t.ex. många studier som visar hur en sänkning av medelhastigheten påverkar antalet olyckor) medan det för många andra typer av konsekvenser kan finnas stora osäkerheter med skattningarna. Därför är det också ofta meningsfullt att komplettera och följa upp en *ex ante*- med en *ex post*-utvärdering för att dra lärdomar inför framtiden. I exempelvis infrastrukturpolitik har internationella studier visat att utvärderingar som genomförs innan investeringsbeslut ofta systematiskt underskattar kostnaderna,⁶ vilket kan användas för att över tid justera och förbättra modellantaganden om olika kostnader. Ett annat exempel är inom läkemedelsutvärderingar där viss evidens tyder på att överlevnadsvinsterna med nya cancerläkemedel systematiskt överskattats inom ramen för TLVs hälsoekonomiska utvärderingar.⁷

Kaldor-Hicks-kriteriet handlar om att effektiviteten i samhället, men tar inte på något direkt sätt hänsyn till fördelningsaspekterna, dvs vem blir ”vinnare” och ”förlorare” av varje enskild åtgärd. Ett argument för att förlita sig på Kaldor-Hicks-kriteriet är att den offentliga sektorn genomför en lång rad offentliga investeringar och den som är vinnare av en enskild åtgärd kommer vara förlorare av en annan åtgärd – på lång sikt är det därför i allas våra intressen att

⁶ Flyvbjerg, B., Holm, M., and Buhl, S. (2002), 'Underestimating Costs in Public Works Projects: Error or Lie?', *Journal of the American Planning Association*, 63 (3), 279-95.

⁷ Björnerstedt, J., et al. (2024), 'Validation of overall survival extrapolations made by TLV in the assessment of cost-effectiveness of oncology drugs in Sweden - A pilot study comparing extrapolated and observed life-years gained', *J Med Econ*, 27 (1), 193-200.

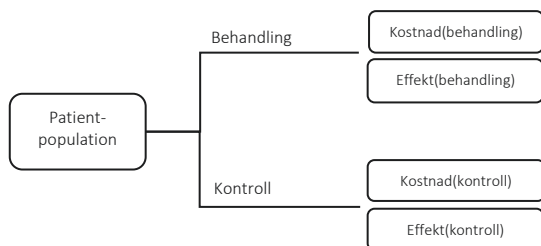
prioritera åtgärder med positivt nettonuvärde. Ett annat argument är att fördelningspolitik mest effektivt hanteras via skatte- och socialförsäkringssystem, och inte genom att styra enskilda investeringsbeslut. Det finns också kritik mot dessa perspektiv, och det finns ett växande intresse för ekonomiska utvärderingsmetoder som direkt försöker modellera fördelningskonsekvenser (se kapitel 5 i denna antologi).

Som nämndes i inledningen har kostnadsintäktsanalys som beskrivet här använts som beslutsunderlag på ett systematiskt sätt inom svensk infrastrukturpolitik under årtionden, och i mindre utsträckning även inom områden som samhällsskydd och beredskap och miljöpolitiken. Däremot har kostnadsintäktsanalys inte fått ett stort genomslag som ekonomisk utvärderingsmetod inom hälso- och sjukvården eller folkhälsopolitiken. I stället har det inom dessa områden framför allt varit kostnadseffektivitetsanalys som använts som ekonomiskt beslutsunderlag.

2.2 Kostnadseffektivitetsanalys

Som nämnts ovan skiljer sig kostnadseffektivitetsanalys som grund för hälsoekonomisk utvärdering från kostnadsintäktsanalys framför allt med avseende på hur fördelar/nyttor med alternativa åtgärder mäts och värderas. Vissa komponenter av hälsoekonomiska utvärderingar som är viktiga för den analytiska diskussionen senare i rapporten repeteras kortfattat i detta avsnitt. Men även de teoretiska och normativa modellerna kan i vissa avseenden skilja sig åt, vilket diskuteras i nästföljande avsnitt.

En central del i alla ekonomiska utvärderingar är att själva beslutsproblemet som skall analyseras tydligt definieras. Vilka åtgärder är det som skall jämföras och vilka grupper är det som berörs av åtgärderna? I Figur 1 visas en enkel skiss av ett beslutsproblem där en behandling jämförs med en kontrollbehandling (vilket i hälso-sjukvårdssammanhang oftast innebär nuvarande standardbehandling i klinisk rutinsjukvård) för en väldefinierad patientpopulation.



Figur 1. Illustration av beslutsproblem och kostnadseffektivitetsanalys

Beräkningstekniskt är det vanligast att uttrycka en kostnadseffektivitetsanalys i termer av kostnadseffektivitetskvoten (på engelska, Incremental Cost-Effectiveness Ratio, ICER):

$$ICER = \frac{\sum_{t=0}^n \frac{\Delta C_t}{(1+r)^t}}{\sum_{t=0}^n \frac{\Delta E_t}{(1+r)^t}}$$

Där förändringen av fördelarna (ΔE_t) respektive år t nu värderas med ett icke-monetärt effektmått, som t.ex. minskade dödsfall, färre fallolyckor eller vilket effektmått som kan tänkas vara rimligt att använda i olika utvärderingssituationer. Vi kommer senare i detta avsnitt att diskutera olika typiska mått som kan vara relevanta för att använda vid utvärderingar av åtgärder med effekter på liv och hälsa, såsom kvalitetsjusterade levnadsår (på engelska, Quality Adjusted Life-Years, QALYs).

Resultaten uttryckt som en kvot (ICER) kan tolkas som prislappen för att vinna ytterligare en enhet av det effektmått som används. Om antalet fallolyckor är det som används som effektmått skulle exempelvis resultatet kunna tolkas som kostnaden för att med den utvärderade åtgärden förhindra en fallolycka.

En begränsade faktor jämfört med kostnadsintäktsanalys är således att resultaten från en kostnadseffektivitetsanalys inte direkt kan användas för att säga om åtgärden är en samhällelig förbättring eller inte. För att kunna avgöra om en åtgärd kan anses vara en kostnadseffektiv användning av resurser behövs därför någon beslutsregel för att avgöra vad som är en rimlig kostnad för att förhindra en fallolycka (så kallade "tröskelvärden", vilka diskuteras mer utförligt i avsnitt 2.3.2).

Grundprincipen för kostnadseffektivitetsanalys är i likhet med kostnadsintäktsanalys att alla konsekvenser, oavsett var i samhället de inträffar, bör beaktas. Kostnader för sjukhusinläggningar, besök i öppen- och primärvård samt läkemedel belastar i regel regionernas budgetar och brukar benämnas sjukvårdskostnader. Omsorg och rehabiliteringskostnader kan rimligtvis också ses som sjukvårdskostnader och faller med dagens organisation till stor del på kommunernas budgetar. Kostnader kan också bäras av individer själva, anhöriga eller andra delar av samhället genom påverkan på funktions- och arbetsförmåga. I avsnitt 2.3.3 diskuterar vi implikationerna för hälsoekonomiska utvärderingar när effekter i flera sektorer behöver beaktas. Hälsoekonomiska utvärderingar fokuserar främst på att undersöka hälsoeffekter med QALYs som utfallsmått (mer om detta i avsnitt 2.3.1). Med en sådan utgångspunkt kan vi också beräkna kostnaden per hälsoeffekt uttryckt i QALYs som:

$$ICER = \frac{\sum_{t=0}^n \frac{\Delta C_t}{(1+r)^t}}{\sum_{t=0}^n \frac{\Delta Q_t}{(1+r)^t}}$$

Där förändringen av fördelarna (ΔQ_t) nu representeras av QALYs. Fortsättningsvis kommer vi primärt använda oss av denna notation i framställningen.

Avslutningsvis kan det vara på sin plats att kort nämna något om utvärderingshanterverket när det gäller kostnadseffektivitetsanalys. I litteraturen brukar det listas ett antal krav som behöver ställas på utvärderingarna för att de skall anses relevanta för att understödja beslut.⁸ Här nämns aspekter som relevanta jämförelsealternativ, all relevant evidens samt en korrekt tidshorisont. För att kunna tillmötesgå de kraven krävs ofta en metodologisk ansats som bygger på simuleringsmodeller för att skatta kostnader och QALYs på lång sikt med olika handlingsalternativ (inom sjukvården ofta olika behandlingar). I den fortsatta framställningen är det huvudsakliga syftet inte att i detalj visa hur detta görs i praktiken; när vi refererar till en

⁸ Sculpher, M. J., et al. (2006), 'Whither trial-based economic evaluation for health care decision making?', *Health Econ*, 15 (7), 677-87.

ICER, kostnader eller QALYs som resultat av hälsoekonomiska utvärderingar utgår vi ifrån att de är skattade med väletablerade metoder.⁹

2.3 Teoretiska utgångspunkter för kostnadseffektivitetsanalys

Generellt har det funnits en skiljelinje mellan mikroekonomisk utgångspunkt för CBA (welfarism) och någon form av mer pragmatisk ansats som fokuserar på att maximera hälsa givet en begränsad budget (extra welfarism).¹⁰ Den förra söker helt enkelt att definiera effektiv resursfördelning utifrån ett mikroekonomiskt välfärdsteoretiskt synsätt (se avsnitt 2.1) medan den senare är mer modest i de normativa utgångspunkterna med en ansats om budgetbegränsad optimering där utgångspunkten är att demokratiska processer signalerat storleken på de budgetar som finns tillgängliga för att uppnå specifika mål (exempelvis så mycket hälsa som möjligt givet budgeten för preventiv och behandlande hälso- och sjukvård).

Vår ansats här är inte att reda ut den något spretiga begreppsanvändningen i litteraturen utan att fokusera på tre frågeställningar som ofta blir aktuella för val av metodik i praktiska utvärderingar: val av utfallsmått, sektorspecifika mål och budgetar samt effekter som uppstår i olika sektorer.

2.3.1 Val av utfallsmått

Vad som utgör ett relevant utfallsmått för hälsoekonomiska utvärderingar är en av de mest debatterade frågorna inom hälsoekonomi.¹¹ Inte minst frågan om vem som skall avgöra vad som är en korrekt målfunktion för en samhällelig sektor,¹² vilket i sin tur kan avgöra för analytikern vad det är som bör utvärderas. De två huvudspåren i diskussionen kan förenklat sägas leda till att det är antingen nytta, som ofta mäts med betalningsviljeansatsen, eller hälsa som är målen som investeringar bör söka efter att maximera. Teoretiska och praktiska argument kan leda till både olika utfallsmått och olika metoder för att mäta dem.¹³ Vi utgår här från det som blivit den dominerande tillämpningen för hälsoekonomiska utvärderingar inom akademisk litteratur såväl som i myndigheters och organisationers utvärderingar; vilket är att utgå från att frågeställningen är hur en begränsad budget kan användas för att maximera hälsa i den relevanta populationen, och där hälsa oftast mäts med QALYs. Vi utgår också ifrån att QALYs primärt representerar ett hälsoutfall även om de under vissa strikta antaganden skulle kunna sägas vara mått på nytta. Att mäta hälsa med QALYs bygger på att

⁹ Briggs, Andrew H., Claxton, Karl, and Sculpher, Mark J. (2006), *Decision modelling for health economic evaluation* (Oxford handbooks in health economic evaluation; Oxford: Oxford University Press). Drummond, M., et al. (2015), *Methods for the economic evaluation of health care programmes* fourth edition (Oxford/New York: Oxford university press). Svensson, M. (2019), *Hälsoekonomisk utvärdering - metod och tillämpningar* (Lund: Studentlitteratur).

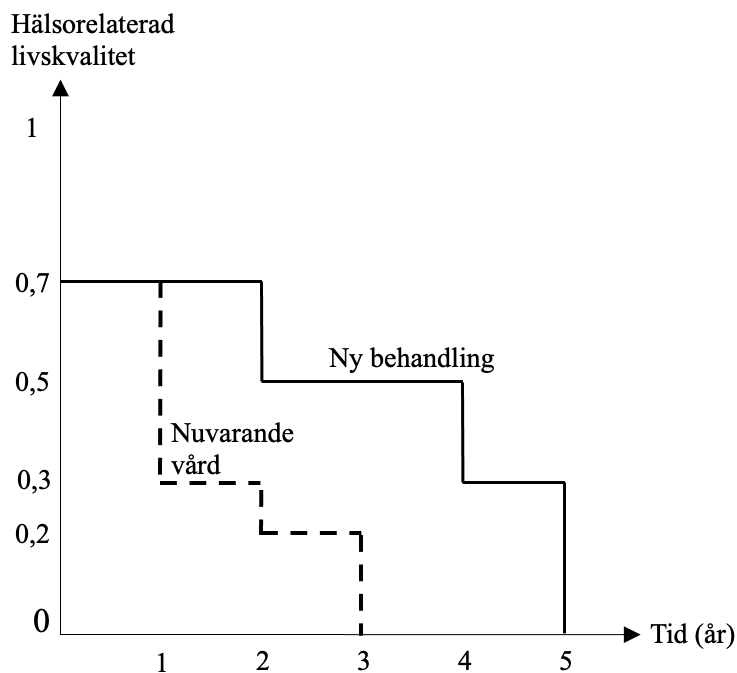
¹⁰ Brouwer, W. B., et al. (2008), 'Welfarism vs. extra-welfarism', *J Health Econ*, 27 (2), 325-38.

¹¹ Brouwer et al. (2008).

¹² Culyer, A. J. and Evans, R. G. (1996), 'Mark Pauly on welfare economics: normative rabbits from positive hats', *J Health Econ*, 15 (2), 243-51..

¹³ Johannesson, M., Jonsson, B., and Karlsson, G. (1996), 'Outcome measurement in economic evaluation', *Health Econ*, 5 (4), 279-96.

ta hänsyn både till livslängd (tid) och hälsorelaterad livskvalitet under denna livslängd. Livslängden mäts i år och hälsorelaterad livskvalitet mäts med ett index där 0 anses vara likvärdigt med död och 1 är bästa möjliga hälsotillstånd. Figur 2 illustrerar QALY-begreppet.



Figur 2. Illustration av QALY som värde på hälsoförbättringar

I figur 2 ses två olika tänkbara utvecklingar för en patient; en med nuvarande vård och en med en potentiell investering i en ny behandling som leder både till en förbättrad hälsorelaterad livskvalitet och längre livslängd. QALYs kan beräknas genom att mäta arean under respektive kurva för nuvarande vård (1,2 QALYs) och den nya behandlingen (2,7 QALYs), i detta exempel med det förenklade antagandet att ingen diskontering görs. Vinsten uttryckt i QALYs med den nya behandlingen kan således värderas till 1,5 QALYs (vilket motsvarar ett och ett halvt fullt friska levnadsår).

I litteraturen finns också en kritik mot att värdera hälsa i QALYs, t.ex. utifrån argument att personer värderar 1 QALY olika beroende på om det primärt drivs av livskvalitets eller livslängdförbättringar, att värdet bör bero på utgångspunkten i livskvalitet, och att det i termer av åtgärder som förlänger livslängden kan vara diskriminerande mot grupper med sämre ursprunglig livskvalitet (t.ex. svårare sjukdomstillstånd).¹⁴ Det har dock visat sig vara mycket

¹⁴ Lakdawalla, D. N. and Phelps, C. E. (2020), 'Health technology assessment with risk aversion in health', *J Health Econ*, 72, 102346.

svårt att formulera alternativa mått till QALYs som löser kritiken utan att samtidigt skapa nya inkonsekvenser och antaganden som strider med rimliga prioriteringsgrunder.¹⁵ Ibland används därför, parafraserat från Winston Churchills kommentar om demokrati, uttrycket att "QALYs is the worst form of metric for health, except for all those other metrics that have been tried from time to time".

2.3.2 Budgetbegränsade sektorer och tolkning av kostnadseffektivitet

Det går som diskuterat att ha olika uppfattningar om vad som är ett relevant utfallsmått för en specifik sektor. Men när ett utfallsmått väl definierats går det att närma sig en definition av kostnadseffektivitet för att tolka resultaten från en kostnadseffektivitetsanalys. En vanlig utgångspunkt vid hälsoekonomiska utvärderingar är att QALYs anses representera hälsa på ett acceptabelt sätt och hälso- och sjukvårdens primära uppgift är att generera mesta möjliga hälsa med en fast budget. I denna situation kan alternativkostnaden för att investera i en ny behandling uttryckas som den hälsa som förloras när annan vård inte blir av på grund av att resurserna istället läggs på den nya behandlingen.

Om vi på marginalen vet kostnaden för att producera ett QALY i sjukvårdssystemet kan den representera ett tröskelvärde för kostnadseffektivitet, vilket ibland benämns k eller marginalproduktiviteten i hälso- och sjukvårdssektorn.¹⁶ Utgångspunkten för detta synsätt är som antytts ovan att man behöver veta marginalproduktiviteten i hälso- och sjukvårdssektorn för att kunna avgöra om en ny behandling faktiskt genererar mer QALYs än den insats som på marginalen måste tas ur systemet för att ge plats åt den nya. Med denna ansats brukar resursfördelningen mellan sektorer inte anses vara rörlig på kort sikt vilket innebär att om en ny behandling skall implementeras i hälso- och sjukvården sker det på bekostnad av andra insatser i systemet.

En viktig implikation av att känna till marginalproduktiviteten i hälso- och sjukvårdssektorn är att vi kan uttrycka både kostnader och effekter i termer av hälsa. Denna enkla omskrivning av uttrycket för ICER brukar benämnas nettohälsoeffekt, eller NHB efter engelskans "Net Health Benefit", i litteraturen. När både kostnader och effekter uttrycks i hälsa blir det tydligt hur mycket hälsa som går förlorad när nuvarande insatser måste skalas ner eller tas ut ur systemet till förmån för en ny behandling. Alternativkostnaden för att implementera den nya interventionen uttrycks alltså i hälsa och beslutsproblemet kan underbyggas med information om hur stor hälsovinsten är i förhållande till hälsoförlusten. En definition av kostnadseffektivitet kan då uttryckas som:

$$ICER = \frac{\Delta C}{\Delta Q} < k,$$

¹⁵ Paulden, M., et al. (2024), 'Logical Inconsistencies in the Health Years in Total and Equal Value of Life-Years Gained', *Value Health*, 27 (3), 356-66.

¹⁶ Brouwer, W., et al. (2019), 'When is it too expensive? Cost-effectiveness thresholds and health care decision-making', *Eur J Health Econ*, 20 (2), 175-80. Claxton, K., et al. (2010), 'Appropriate perspectives for health care decisions', *CHE Research Papers* (CHE Research Paper 54: Centre for Health Economics).

där vi förenklat uttrycket från tidigare så att ΔC och ΔQ nu representerar summan av kostnader och QALYs över en relevant tidshorizont och k är marginalproduktiviteten i hälso- och sjukvårdssektorn. Om $ICER < k$ kommer en ny behandling medföra positiva nettohälsoeffekter och skulle därmed kunna definieras som kostnadseffektiv. En omskrivning av uttrycket ger villkoret för kostnadseffektivitet:

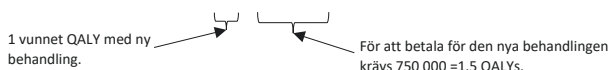
$$NHB = \Delta Q - \frac{\Delta C}{k} > 0,$$

där den första delen av uttrycket visar vinsten i QALYs med en ny behandling och den andra delen av uttrycket visar kostnaden för den nya behandlingen uttryckt i termer av förlorade QALYs. Om en ny behandling vinner 1 QALY och medför en inkrementell kostnad på 750 000 kronor jämfört med klinisk praxis i ett sjukvårdssystem där marginalproduktiviteten (k) är skattad till 500 000 per QALY får vi följande räkneexempel:

$$ICER = \frac{\Delta C}{\Delta Q} = \frac{750\,000}{1} = 750\,000.$$

$ICER > k$ vilket innebär att nettohälsoeffekten är negativ om vi skulle införa den nya behandlingen. Används formeln för NHB framgår det att nettohälsoförlusten av att införa behandlingen är 0,5 QALYs per behandlad patient:

$$NHB = 1 - \left[\frac{750\,000}{500\,000} \right] = -0,5.$$



Om syftet med hälso- och sjukvård är att generera hälsa, budgeten kan anses som fast samt att QALYs mäter hälsa på ett adekvat sätt finns det goda skäl att luta sig mot ovanstående analys vid prioriteringar av sjukvårdens knappa resurser.¹⁷ I sammanhanget kan det vara viktigt att påpeka att tröskelvärden för kostnadseffektivitet inte skall blandas ihop med vad som kan anses vara en acceptabel kostnad per QALY i ett enskilt beslut. I exemplet ovan skulle det kunna vara fallet att den QALY som vinnas tillfaller patienter med en låg hälsonivå och att de 1,5 QALYs som förloras "betalas" av patienter med en relativt hög hälsonivå. I ett sådant fall kan det ibland anses rimligt att trots en negativ nettohälsoeffekt implementera den nya behandlingen eftersom den också påverkar fördelningen av hälsa. Vi skulle i så fall implementera en kostnadsineffektiv behandling av rättviseskäl och 750 000 kronor kan i så fall tolkas som en beslutströskel snarare än en kostnadseffektivitetsströskel (se vidare kapitel 4 i antologin om avvägningar mellan behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen).

Notera att vi i analyserna ovan antagit en fast budget för hälso- och sjukvård. Om budgeten inte anses vara fast kan man tänka sig en annan definition av kostnadseffektivitet. Resurserna som läggs på en ny behandling antas då inte tränga undan andra insatser i vården utan i stället något annat som kan ge nytta för medborgarna, exempelvis privat konsumtion eller någon nyttighet från en annan offentligt finansierad sektor. Om privat konsumtion (via skattsedeln) får stå tillbaka när en ny behandlings skall implementeras (som i fallet med TBE som beskrevs i inledningen till detta kapitel) kan istället betalningsviljan för hälsa, ibland också

¹⁷ Brouwer, W., et al. (2019) och Claxton, K., et al. (2010).

kallad konsumtionsvärdet av hälsa, användas som ett mått på kostnadseffektivitet. Detta uttrycks ibland som v i litteraturen.¹⁸ Om vi känner till v kan kostnadseffektivitet definieras som:

$$ICER = \frac{\Delta C}{\Delta Q} < v.$$

Om $ICER < v$ så kommer en ny behandling medföra positiva monetära nettoeffekter, eller NMB efter engelskans ”net monetary benefit”. En omskrivning av uttrycket ovan ger villkoret för kostnadseffektivitet:

$$NMB = \Delta Q * v - \Delta C > 0,$$

där den första delen av uttrycket visar vinsten av behandlingen i monetära termer, det vill säga vinsten i QALYs multiplicerad med konsumtionsvärdet av en QALY och den andra delen av uttrycket visar kostnaden för den nya behandlingen uttryckt i termer av förlorad konsumtion. Om vi använder samma räkneexempel som ovan där en ny behandling är förknippad med en ICER på 750 000 kronor och dessutom antar att v är 1 miljon kronor får vi följande beräkning:

$$NMB = 1 * 1\,000\,000 - 750\,000 = 250\,000.$$

Behandlingen ger därmed upphov till positiva monetära nettoeffekter och kan därmed betraktas som kostnadseffektiv under förutsättningar budgeten är flexibel och att den korrekta alternativkostnaden för att finansiera den nya behandlingen återspeglas av förlorad konsumtion. Noterbart här är att antalet behandlingar som har en kostnad per QALY lägre än konsumtionsvärdet av hälsa kommer att avgöra hur stor hälso- och sjukvårdsbudgeten blir. Exempelen ovan illustrerar hur viktigt det är att tydligt definiera alternativkostnader och att den definitionen till stor del kan kopplas till finansieringskällan och om en budget anses vara fast eller inte. Fler räkneexempel ges i avsnitt 3 mot bakgrund av det ramverk som redovisas ovan. Lärdomarna så här långt kan sammanfattas som följer:

- Kostnadseffektivitet kan definieras utifrån marginalproduktiviteten i hälso- och sjukvårdssektorn (k) eller betalningsviljan för/konsumtionsvärdet av hälsa (v).
- Om v eller k är ett relevant tröskelvärde för kostnadseffektivitet beror på vad som är relevanta alternativkostnader, vilket i sin tur i stor utsträckning beror på om budgetar anses rörliga eller fasta.
- Det är viktigt att skilja på tröskelvärden för kostnadseffektivitet och tröskelvärden för prioriteringsbeslut.
- Om v och k skiljer sig åt måste konsekvenserna av att använda det ena eller det andra värdet beaktas i ljuset av alternativkostnader.

2.3.3 Effekter i multipla sektorer

I föregående avsnitt begränsades analysen till hälso- och sjukvården. Inte sällan påverkas dock flera sektorer i samhället av preventiva eller behandlande vårdinsatser. Analysen ovan som utgick från att det inte föreligger några budgetbegränsningar i sjukvården involverade implicit ytterligare en sektor eftersom alternativkostnaderna antogs utgöra förlorad privat konsumtion. Vilket perspektiv som är relevant vid hälsoekonomiska utvärderingar har diskuterats utförligt och metoddiskussionerna handlar ofta om vilka kostnader som skall tas

¹⁸ Brouwer, W., et al. (2019) och Claxton, K., et al. (2010).

med i en analys och på vilket sätt de skall beaktas.¹⁹ Om vi vidgar den förenklade analysen till att inkludera ytterligare en offentligt finansierad sektor (exempelvis utbildningssektorn) behöver hälso- och sjukvårdssektorn, utbildningssektorn samt privat konsumtion alla beaktas i analysen. Hälso- och sjukvårdssektorn samt utbildningssektorn antas här vara skattefinansierade. Om resursfördelningen, åtminstone på kort sikt inte är flexibel mellan sektorerna, är alternativkostnaden i de olika sektorerna beroende av vilka resurser som finns tillgängliga samt effektiviteten i respektive sektor. Om resurser skall användas till en ny behandling inom hälso- och sjukvård innebär det att färre insatser kan genomföras någon annanstans i hälso- och sjukvårdssektorn med reducerad hälsa som följd. På samma sätt kommer resurser som skall användas till någon ny åtgärd i utbildningssektorn innebära att några andra utbildningsinsatser inte längre kan genomföras, vilket innebär mindre utbildning (eller kunskap beroende på vilket utfallsmått som kan anses relevant i den sektorn). Resurser som individer själva förbrukar, som då räknas till privat konsumtion, innebär i sin alternativa användning mindre konsumtion. Med ett samhällsperspektiv skall kostnader och effekter som faller på andra sektorer beaktas när konsekvenserna av olika interventioner inom hälso- och sjukvårdssektorn utvärderas. Hänsyn tas alltså till alternativkostnader utanför hälso- och sjukvårdssektorn.

Detta illustrerar en del av utmaningarna med ett samhällsperspektiv. Att formellt inkorporera och väga samman relevanta alternativkostnader för de olika sektorerna i beslut är inte nödvändigtvis enkelt, framför allt om det inte med enkelhet går att transferera resurser mellan sektorerna. Detta väcker frågor om hur vi värderar hälsa i relation till konsumtion samt nyttigheter som produceras i andra offentliga sektorer.

I de fall en behandling får konsekvenser utanför hälso- och sjukvårdssektorn och ett samhällsperspektiv har bedömts vara relevant behöver analysen kompletteras och generaliseras. Implikationerna illustreras enklast genom att utvidga analysen till att också innefatta den privata sektorn. Om en ny behandling exempelvis leder till att den privata nettokonsumtionen påverkas behöver den beaktas i analysen. Som exempel kan en behandling leda till lägre privata kostnader för anpassningar eller ökad inkomst på grund av förbättrad arbetsförmåga. Om vi skiljer på kostnader som uppstår i hälso- och sjukvårdssektorn (C_H) och kostnader som uppstår i den privata sektorn (C_C) skulle en behandling kunna utvärderas enligt följande:

$$ICER = \frac{(\Delta C_H + \Delta C_C)}{\Delta Q}$$

Om vi utgår från en budgetbegränsad hälso- och sjukvård med uppdraget att generera hälsa och samtidigt beakta konsekvenser i den privata sektorn är det inte uppenbart om den beräknade ICERN skall jämföras med v eller k för att avgöra om behandlingen är

¹⁹ Johnson, F. R. (2012), 'Why not real economics?', *Pharmacoeconomics*, 30 (2), 127-31. Sculpher, M. and Claxton, K. (2012), 'Real economics needs to reflect real decisions: a response to Johnson', *Pharmacoeconomics*, 30 (2), 133-6. Brouwer, W. B. and Koopmanschap, M. A. (2000), 'On the economic foundations of CEA. Ladies and gentlemen, take your positions!', *J Health Econ*, 19 (4), 439-59.

kostnadseffektiv. Att lägga ihop de olika kostnadsposterna ΔC_H och ΔC_C och jämföra resultatet mot k eller v kan leda till icke ändamålsenliga beslut. Claxton och medarbetare menar att hälsokonsekvenserna i sjukvårdssektorn först måste beräknas separat och sedan viktas med konsumtionsvärdet av hälsa enligt följande princip för att avgöra om en behandling är kostnadseffektiv:²⁰

$$v * \left[\Delta Q - \frac{\Delta C_H}{k} \right] - \Delta C_C > 0.$$

I de fall som kostnader uppstår utanför hälso- och sjukvårdssektorn kan betalningsviljan för hälsoförändringen i hälso- och sjukvårdssektorn (första termen i ekvationen ovan) jämföras med konsumtionskostnaden (andra termen i ekvationen ovan). Med de numeriska värden som använts i exemplet ovan får vi följande beräkning om vi antar att behandlingen också leder till förbättrad arbetsförmåga som innebär att konsumtionen påverkas positivt motsvarande 50 000 kronor:

$$1\,000\,000 * \left[1 - \frac{750\,000}{500\,000} \right] - (-50\,000) = -450\,000.$$

$\underbrace{\hspace{10em}}$	$\underbrace{\hspace{10em}}$
<p>Inkrementell QALY i hälso- och sjukvårdssektorn viktad med konsumtionsvärdet av en QALY. Förlusten av 0,5 QALYs är således värderad till -500 000 i termer av konsumtionsvärde.</p>	<p>Negativ kostnad av förändrad konsumtion.</p>

I detta specifika fall skulle konsumtionsvärdet av den hälsa som förloras med den nya behandlingen vara negativt (-500 000 kronor) samtidigt som det uppstår en ”besparing” i termer av ökade konsumtionsmöjligheter. Eftersom behandlingen innebär ökade konsumtionsmöjligheter kan den tolkas som en negativ kostnad.

På samma sätt som resultaten uttrycktes i termer av hälsa genom nettohälsovinst för hälso- och sjukvårdssektorn ovan kan konsumtionseffekter viktas och uttrycks i termer av hälsa (genom v) och därmed går det att jämföra hälsoförändringar i hälso- och sjukvårdssektorn med konsumtionsförändringar i den privata sektorn uttryckta i termer av hälsa:

$$\left[\Delta Q - \frac{\Delta C_H}{k} \right] - \frac{\Delta C_C}{v} > 0.$$

En viktig slutsats av ovanstående resonemang är att om ett samhällsperspektiv skall användas i utvärderingen räcker det inte med kunskap om v när resurser inte kan flyttas mellan sektorerna. I en sådan situation behöver vi även kunskap om k eftersom kostnaderna för den alternativa användningen av de medel som avsatts till hälso- och sjukvården är förlorad hälsa.

3. Räkneexempel

För att ytterligare problematisera och illustrera de generella resonemang som presenteras ovan presenterar vi i det här avsnittet räkneexempel utifrån om budgetar antas vara fasta eller

²⁰ Claxton, K., et al. (2010).

rörliga samt om effekter i olika sektorer beaktas eller inte. Vi är medvetna om att det görs ett stort antal förenklingar i exemplen men vi hoppas ändå kunna illustrera hur utgångspunkter och metodval kan påverka både resultat och tolkning av kalkylen.

Räkneexemplen bygger på att en ny ADHD behandling för barn skall utvärderas. Behandlingskostnaden faller på hälso- och sjukvården (ΔC_H) och den direkta effekten av behandlingen leder till att hälsan förbättras för barnen (ΔQ) som behandlas. Föräldrarna till barnen påverkas också av en positiv behandlingseffekt då deras privata kostnader för olika åtgärder relaterade till barnens diagnos minskar samt att deras inkomst ökar då frånvaron från arbetet minskar, ΔC_C påverkas med andra ord av behandlingen. Notera att ΔC_C definieras som privata kostnader och att ett negativt värde innebär att kostnaderna minskar och möjligheten till privat konsumtion ökar. Vidare påverkas skolresultaten av behandlingen (ΔU), både för de behandlade barnen och övriga klasskamrater. Det är naturligtvis inte enkelt att definiera ett specifikt utfallsmått för utbildningssektorn och vi går inte närmare in på hur ett rimligt och ändamålsenligt mått skulle kunna se ut. För våra illustrativa syften här nöjer vi oss med att konstatera att någon form av kvalitetsindikator höjs med 0,1. Insatserna i skolan påverkas också då färre resurser behöver läggas på att stötta de barn som nu får behandling med ADHD behandlingen, det vill säga ΔC_U minskar.

Vi antar att marginalproduktiviteten i hälso- och sjukvårdssektorn (k) är 400 000 kronor och att betalningsviljan eller konsumtionsvärdet av en QALY (v) är 2 000 000. Även om exemplen bygger på fiktiva siffror så ligger de här antagandena i linje med nyligen redovisad forskning från Sverige.²¹ Betalningsviljan för en enhets förbättring av utfall i utbildningssektorn antas vara 3 000 000 kronor och bygger inte på något empiriskt underlag.

I likhet med avsnitt 2.3.2 och 2.3.3 använder vi den förenklade notationen och antar att förändringar i utfall och kostnader inträffat över en tidsperiod och diskonterats till ett nuvärde. Siffrorna som används i räkneexemplen presenteras i tabell 1.

²¹ Olofsson, S., et al. (2019), 'Value of a QALY and VSI estimated with the chained approach', *Eur J Health Econ*, 20 (7), 1063-77. Siverskog, J. and Henriksson, M. (2019), 'Estimating the marginal cost of a life year in Sweden's public healthcare sector', *Eur J Health Econ*, 20 (5), 751-62. Siverskog, J. and Henriksson, M. (2022), 'The health cost of reducing hospital bed capacity', *Soc Sci Med*, 313, 115399.

Tabell 1. Beräkningsparametrar för räkneexempel

Parameter	Beteckning	Värde
Behandlingskostnad i sjukvården	ΔC_H	150 000
Hälsoförändring i QALYs	ΔQ	0,2
Förändring i privata kostnader (konsumtion)	ΔC_C	-25 000
Förändring av utfall i utbildningssektorn	ΔU	0,1
Förändring kostnader insatser i utbildningssektorn	ΔC_U	-1 000
Marginalproduktivitet i hälso- och sjukvården	k	400 000
Marginalproduktivitet i utbildningssektorn	y	200 000
Konsumtionsvärdet av QALYs	v	2 000 000
Konsumtionsvärde av utfall i utbildningssektorn	z	3 000 000

3.1 CEA med fasta budgetar och ett hälso- och sjukvårdsperspektiv

Detta beräkningsexempel illustrerar hur många hälsoekonomiska utvärderingar genomförs idag utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Som exempel kan nämnas utvärderingar som görs av TLV där grundanalysen oftast redovisas enligt nedan.

$$ICER = \frac{\Delta C_H}{\Delta Q} = \frac{150\,000}{0,2} = 750\,000 \text{ kronor per QALY}$$

Analysen visar kostnadskonsekvenserna i hälso- och sjukvården av att införa den nya ADHD behandlingen samt vilka hälsoeffekter som kan förväntas. Om en fast budget antas kan nettohälsoeffekten av att införa ADHD behandlingen beräknas:

$$NHB = \Delta Q - \frac{\Delta C_H}{k} = 0,2 - \frac{150\,000}{400\,000} = -0,175 \text{ QALYs}$$

Nettohälsoeffekten är i exemplet negativ, vilket följer av att $ICER > k$. För varje patient som erhåller behandlingen vinnas 0,2 QALYs samtidigt som 0,375 förloras då 150 000 kronor måste tas från någon befintlig behandling i hälso- och sjukvården för att finansiera ADHD behandlingen. Tolkningen av den här analysen är att behandlingen inte är kostnadseffektiv om budgeten är fast och syftet med hälso- och sjukvården är att främja hälsa i termer av QALYs. Notera att det i denna sektorspecifika analys inte tas någon hänsyn till effekter utanför hälso- och sjukvården. Vidare bör det poängteras att kostnadseffektivitet inte skall blandas ihop med prioriteringsbeslut. Om vi enbart bryr oss om att få ut så mycket hälsa som möjligt från en begränsad budget bör inga kostnadsineffektiva behandlingar (det vill säga sådana där nettohälsoeffekten är negativ) implementeras. Det kan dock finnas andra skäl att implementera behandlingar med negativ nettohälsoeffekt såsom fördelningsrättvisa. I det avseendet är det viktigt att skilja på trösklar för kostnadseffektivitet (k) och trösklar för beslut att implementera behandlingar.²²

²² Siverskog, J. and Henriksson, M. 'On the role of cost-effectiveness thresholds in healthcare priority setting', *Int J Technol Assess Health Care*, 37, e23.

3.2 CEA med rörliga budgetar och ett hälso- och sjukvårdsperspektiv

Utvärderingen från ett hälso- och sjukvårdsperspektiv görs på samma sätt som när budgeten är fast och vi har samma ICER som i exemplet ovan att förhålla oss till. Tolkningen blir dock en annan om det antas att hälso- och sjukvårdssektorn kan expandera. Om det antas att budgeten för hälso- och sjukvård ökar på bekostnad av minskad privat konsumtion via skattsedeln kan den beräknade ICERn jämföras med betalningsviljan för en QALY och det framgår att $ICER < v$. Notera att ICERn nu jämförs med v istället för k och att ett beslut grundat på dessa premisser inte innebär att någon annan vård trängs undan, resurserna tas från privat konsumtion och ADHD behandlingen är kostnadseffektiv då konsumtionsvärdet av hälsovinsten är större än konsumtionsförlusten som uppstår när behandlingen skall finansieras, den monetära nettoeffekten är positiv:

$$NMB = \Delta Q * v - \Delta C_H = 0,2 * 2\,000\,000 - 150\,000 = 250\,000 \text{ kronor.}$$

Exemplet visar hur antagandet om fast eller rörlig budget påverkar vad som är relevant alternativkostnad och att tolkningen av kostnadseffektivitet beror på om samma ICER jämförs mot v eller k (förutsatt att v inte är lika med k).

3.3 CEA med fasta budgetar och ett samhällsperspektiv

Om vi antar att U representerar ett relevant utfall i utbildningssektorn och att y representerar marginalproduktiviteten för att producera U i utbildningssektorn kan insatser inom sektorn utvärderas enligt samma princip som CEA i hälso- och sjukvården. Om budgeten för utbildning antas vara fast kan vi beräkna nettoutfall i utbildningssektorn (NUB) av att införa ADHD behandlingen i hälso- och sjukvården.

$$NUB = \Delta U - \frac{\Delta C_U}{y} = 0,1 - \frac{-1\,000}{200\,000} = 0,105$$

Utfallet i utbildningssektorn ökar med 0,1 samtidigt som det görs en besparing av resurser på 1 000 kronor per elev, som via y kan översättas till att vara värd 0,005 utfall i utbildningssektorn.

Genom att lägga ihop kostnadseffektivitetsberäkningarna i respektive offentlig budgetbegränsad sektor samt förändringarna i privata kostnader (konsumtionsmöjligheter) kan resultaten från utvärderingen av ADHD behandlingen presenteras som följer:

$$NMB = v * \left[\Delta Q - \frac{\Delta C_H}{k} \right] + z * \left[\Delta U - \frac{\Delta C_U}{y} \right] - \Delta C_C,$$

vilket med våra siffror ger:

$$NMB = 2\,000\,000 * \left[0,2 - \frac{150\,000}{400\,000} \right] + 3\,000\,000 * \left[0,1 - \frac{-1\,000}{200\,000} \right] - (-25\,000) = -10\,000.$$

Notera att z representerar betalningsviljan eller konsumtionsvärdet av den effektenhet (U) som anses vara relevant i utbildningssektorn i exemplet ovan.

Enligt Claxton och medarbetare²³ visar ovanstående analys att frågan om perspektiv för beslut inom den offentliga sektorn (och därmed de hälsoekonomiska utvärderingarna) inte enbart är

²³ Claxton, K., et al. (2010).

av teknisk natur. Om konsekvenser utanför hälso- och sjukvårdssektorn skall beaktas och vägas samman behövs metoder för att värdera hälsovinster och hälsoförluster inom hälso- och sjukvårdssektorn i relation till konsekvenser som uppstår i övriga delar av samhället. Hur konsekvenser i olika sektorer skall vägas mot varandra (såsom hälsa, utbildning och konsumtion) när sektorspecifika utfall bedöms vara relevanta är inte enkelt att avgöra. Det går att argumentera för att kalkylen är anpassad efter hur verkligheten ser ut där de politiska processerna avgör hur stora de olika sektorerna skall vara och att det primära målet för analysen är att visa konsekvenserna för sektorspecifika utfall. Exemplet visar också hur skattningar av betalningsviljan för utfall i olika sektorer skulle kunna vara ett sätt att vägleda beslutsfattare när sektorspecifika utfall i budgetbegränsade sektorer skall vägas mot varandra.

Det är också tydligt att informationskraven ökar om den här ansatsen till analys skall användas. För att genomföra ovanstående analys krävs kunskap om v , k , z och y , storheter som är svåra att skatta och där både konceptuella och tekniska metodavvägningar behöver göras.

En av de viktigaste slutsatserna från analysen är att även om vi har ett samhällsperspektiv som utgångspunkt så behöver marginalproduktiviteten i respektive budgetbegränsad sektor beaktas, det vill säga k och y i exemplet. En förklaring till det negativa resultatet i beräkningen ovan är att ADHD behandlingen innebär en nettohälsoförlust på grund av den höga kostnaden (ICER är lika med 750 000 kronor). De 0,175 QALYs som förloras per behandlad individ i hälso- och sjukvårdssektorn värderas till 350 000 kronor om betalningsviljan för ett QALY är 2 miljoner kronor ($0,175 * 2\,000\,000$). Värdet av hälsoförlusten i hälso- och sjukvårdssektorn vägs i exemplet inte upp av de förbättrade effekterna och minskade kostnaderna i utbildningssektorn, vilka värderas till sammanlagt 315 000 kronor ($0,105 * 3\,000\,000$), samt de ökade konsumtionsmöjligheterna då privata utlägg för sjukvård minskar (i exemplet 25 000 kronor).

3.4 CEA med rörliga budgetar och ett samhällsperspektiv

Under förutsättningarna att vi är intresserade av sektorspecifika utfall samt att budgetarna för de offentligt finansierade sektorerna kan antas vara flexibla går det att använda samma ansats som i avsnitt 3.2. Eventuella extra resurser som de offentligt finansierade sektorerna behöver kommer från minskad privat konsumtion. För att fastställa om ADHD behandlingen är kostnadseffektiv görs följande beräkning vilket ger den monetära netto nyttan när alla relevanta sektorer beaktas:

$$NMB = (v * \Delta Q - \Delta C_H) + (z * \Delta U - \Delta C_U) - \Delta C_C,$$

vilket med våra siffror ger:

$$NMB = (2\,000\,000 * 0,2 - 150\,000) + (3\,000\,000 * 0,1 - [-1\,000]) - (-25\,000) = 576\,000.$$

Eftersom vi inte har några budgetbegränsningar i det här exemplet behöver inte marginalproduktiviteten i de olika offentligt finansierade sektorerna beaktas. Betalningsviljan för de sektorspecifika utfallen (v och z) återspeglar konsumtionsvärdet och eftersom kalkylen ger ett positivt utfall kan ADHD behandlingen anses kostnadseffektiv, vilket implicerar att det i princip går att höja skatten för att finansiera den. Den här beräkningen motsvarar med sina förenklingar en traditionell CBA (avsnitt 2.1). Vi kan notera att informationskraven är mindre i denna analys då det inte behövs några skattningar av k och y . Antagandet om att resurserna

är fullt rörliga mellan sektorer kan å andra sidan ses som en förenkling som innebär att budgeterna för respektive offentlig sektor kommer att sättas utifrån vilka insatser som blir tillgängliga och som har positiva monetära nettohälsoeffekter.

3.5 Sammanfattning av resultaten

Våra slutsatser utifrån de förutsättningar som getts för analysen kan sammanfattas med:

- Om budgeten för hälso- och sjukvård är fast och syftet är att maximera QALYs så är inte ADHD behandlingen kostnadseffektiv – mer hälsa kommer att trängas undan för att betala för behandlingen än som vinnns.
- Om budgeten för hälso- och sjukvård är rörlig och syftet är att maximera QALYs så är ADHD behandlingen kostnadseffektiv – betalningsviljan för den hälsa som vinnns är högre än kostnaden för att betala för den uttryckt i förlorad konsumtion.
- Om budgetarna för offentligt finansierade sektorer är fasta och sektorspecifika utfall beaktas är ADHD behandlingen inte kostnadseffektiv – konsumtionsvärdet av den förlorade hälsan i hälso- och sjukvårdssektorn är högre än det ökade värdet i utbildningssektorn och de besparingar som görs för privata utlägg.
- Den monetära nettoeffekten (som inkluderar betalningsviljan för förbättrad hälsa samt utbildningsutfall) är högre än kostnaden för att betala för ADHD behandlingen uttryckt som förlorad konsumtion.

Vi är medvetna om att analyserna bygger på fiktiva data och att de till viss del också är tillrättalagda för att försöka illustrera vad vi uppfattar som de viktigaste principiella frågorna vid beräkning och tolkning av kostnadseffektivitet när det gäller insatser inom hälso- och sjukvården. Med det sagt är det inte särskilt ovanligt att resultaten från faktiska utvärderingar påminner om dem som redovisas ovan. Inte sällan är kostnaden per QALY inom hälso- och sjukvårdssektorn relativt hög samtidigt som positiva effekter uppstår i andra sektorer.

4. Diskussion

En generell slutsats som följer av genomgången och räkneexemplen är att vad som utgör en kostnadseffektiv behandling inom hälso- och sjukvården kan bero på val av perspektiv och antaganden om vad som skall ingå i analysen. En avgörande fråga är om budgetar för offentligt finansierad verksamhet kan anses vara mer eller mindre fasta. Vidare är det av central betydelse om offentligt finansierade verksamheter har uttalade syften om att maximera något specifikt utfall, exempelvis hälsa i hälso- och sjukvårdssektorn. De förenklade räkneexemplen har visat att det är möjligt att använda kostnadseffektivitetsanalys för att maximera ett visst utfall inom en budgetbegränsad sektor. Exemplen visar också hur sådana analyser kan bli begränsande om konsekvenser i andra sektorer inte beaktas. Detta kan ha stor betydelse för utvärdering av insatser inom folkhälsoarbete som ofta har bredare konsekvenser än insatser inom hälso- och sjukvården. Ramverket som redovisats ovan med multipla sektorer bör i princip vara applicerbart även för folkhälsoinsatser, men det finns givetvis utmaningar när det gäller att definiera relevanta utfallsmått för specifika sektorer i sådana utvärderingar. Detta leder oss till vår andra slutsats; den ansats som väljs för utvärderingen måste vara kompatibel med vilka utgångspunkter som anses relevanta. Även om det är förknippat med utmaningar är det nödvändigt att definiera vad som är det uttalade syftet med olika folkhälsoinsatser, annars är det inte möjligt att förespråka vilken ansats till utvärdering som är ändamålsenlig. Det är oklart hur relevanta beslutsunderlag vi får om vald

ansats för utvärderingen inte är kompatibel med de reella utgångspunkterna. Räkneexemplen är illustrativa i det avseendet och vi ger några exempel nedan.

En relativt vanlig ansats i tillämpade hälsoekonomiska utvärderingar med ett samhällsperspektiv är att kostnader i olika sektorer tas med i analysen och ställs i relation till hälsovinsten i QALYs. Enligt våra förutsättningar innebär det att utvärderingen presenterar resultatet enligt nedan:

$$ICER = \frac{\Delta C_H + \Delta C_U + \Delta C_C}{\Delta Q}$$

vilket med våra siffror ger:

$$ICER = \frac{150\,000 - 1\,000 - 25\,000}{0,2} = 620\,000.$$

Det är dock inte uppenbart hur det här resultatet skall tolkas och om det skall jämföras med v eller k för att avgöra om behandlingen är kostnadseffektiv. Jämförs resultatet med k skulle ADHD behandlingen inte anses kostnadseffektiv men om jämförelsen istället görs med v skulle den anses vara det. Om budgetarna för de offentligt finansierade sektorerna kan antas vara fasta skulle vi i det här specifika fallet komma till en korrekt slutsats om vi jämför mot k eftersom beräkningen visar att behandlingen har en negativ monetär netto nytta om vi tar hänsyn till budgetbegränsningarna och betalningsviljan för Q och U (avsnitt 3.3). Detta är dock inget generellt resultat utan beror på hur exemplet är konstruerat. Om budgetarna för de offentligt finansierade sektorerna i stället anses rörliga skulle vi i det här specifika fallet komma till en korrekt slutsats om vi jämför ICER mot v eftersom den monetära netto nyttan då är positiv enligt beräkningen i avsnitt 3.4. Inte heller detta är ett generellt resultat och vi kommer inte ifrån det faktum att den ICER som beräknas i detta exempel är svårtolkad utifrån de analytiska förutsättningarna. Detta förstärker vår slutsats om vikten av att specificera analysmetoden utifrån tydliga kriterier om hur vi antar att världen är beskaffad i termer av fasta och rörliga budgetar samt vad det uttryckliga syftet är med insatsen som utvärderas.

En aspekt som inte tydligt visas i beräkningsexemplen är hur resultat som är negativa för den berörda sektorn (exempelvis nettohälsoförlusten förknippad med ADHD behandlingen) skall vägas mot eventuella positiva effekter i andra sektorer. Om vi för resonemangets skull utgår från beräkningen i 3.3 med budgetbegränsade offentligt finansierade sektorer och sektorspecifika mål såsom att hälso- och sjukvårdens primära mål är att uppnå mesta möjliga hälsa. Låt oss anta att besparingen i privat konsumtion varit 50 000 i stället för de 25 000 som antas i exemplet. Då skulle den monetära netto nyttan av ADHD behandlingen bli positiv (15 000 kronor). Det är inte uppenbart hur beslutsfattare skall förhålla sig till ett sådant resultat. Implementeras ADHD behandlingen mot bakgrund av den positiva monetära netto nyttan kommer det leda till sämre hälsa i befolkningen trots att syftet med hälso- och sjukvården är att få ut så mycket hälsa som möjligt. Frågan är om ett sådant resultat enbart kan uppstå om våra skattningar av k , v , y och z inte är korrekta? Att de är svårskattade är nog de flesta bedömare eniga om och när skattningarna som vi har leder fram till den här typen av beslutsunderlag behöver implikationerna analyseras noga, inte minst ur ett etiskt perspektiv. Detta väcker frågan om hur långt det är möjligt att väga effekter i olika sektorer mot varandra. Saknas tillförlitliga skattningar av betalningsviljan för sektorspecifika utfall kan en pragmatisk lösning vara att ekonomiska utvärderingar så långt som möjligt försöker kvantifiera effekterna i olika sektorer och sedan överlämna till beslutsfattare att väga dem mot

varandra. Inte minst inom folkhälsoområdet skulle detta kunna vara ett alternativ då effekterna i de berörda sektorerna kan kvantifieras och eventuellt jämföras mot de mål som finns för folkhälsoarbetet, en variant av beräkningarna i avsnitten 3.3 och 3.4 där tillgången till relevant information får avgöra hur långt det går att komma med analyserna.

Ett förslag till en förenklad men generell struktur som kan fungera som ett metodstöd för specifika ekonomiska utvärderingar inom folkhälsoarbetet presenteras i figur 3. Raderna i matrisen representerar olika sektorer som kan påverkas av en insats och kolumnerna visar insatser av olika karaktär där kolumnen längst till vänster representerar insatser som kan betraktas som behandlingar i hälso- och sjukvården medan insatser till höger i matrisen i större utsträckning syftar till att uppfylla andra mål än förbättrad hälsa.

Olika typer av folkhälsointerventioner

	Primärt inriktad på hälsa (exempelvis ADHD- behandling, rökstopp)	Primärt inriktad på hälsa och andra effekter (exempelvis alkoholprevention)	Primärt inriktad på andra effekter än hälsa (exempelvis prevention gängkriminalitet)
Rättsväsendet Sektorspecifika utfall Kostnader för rättsväsendet	4	8	12
Utbildning Sektorspecifika utfall Kostnader i utbildningssektorn	3	7	11
Privat konsumtion Primärt utfall förändrade konsumtionsmöjligheter	2	6	10
Sjukvård Primärt utfall hälsa (QALYs) Hälso- och sjukvårds- kostnader	1	5	9

Sektorer som påverkas i samhället

Figur 3. Exempel på utvärderingsmatris som metodstöd

I cell 1 i matrisen återfinns en hälsoekonomisk utvärdering i form av en kostnadseffektivitetsanalys med QALYs som utfallsmått. Beräkningarna i avsnitt 3.1 och 3.2 ovan motsvarar en utvärdering i den här kategorin. Exempelen i avsnitt 3.3 och 3.4 visade hur en utvärdering av en insats inom hälso- och sjukvården som påverkar flera sektorer kan genomföras. I matrisen motsvarar det en utvärdering som täcker cellerna 1, 2 och 3 och vi har visat ovan att om budgeten kan betraktas som begränsad kan hälsoekonomiska utvärderingar behöva beakta sektorspecifika utfall i olika sektorer. Även om sådana analyser fortfarande är relativt ovanliga så har exempelvis Walker och medarbetare visat hur de skulle kunna genomföras.²⁴ Eftersom folkhälsopolitiska insatser i större utsträckning än behandlingar inom hälso- och sjukvården kommer att återfinnas till höger i matrisen, och inte sällan också ha

²⁴ Walker, S., et al. (2019), 'Striving for a Societal Perspective: A Framework for Economic Evaluations When Costs and Effects Fall on Multiple Sectors and Decision Makers', *Appl Health Econ Health Policy*, 17 (5), 577-90.

primära mål som inte nödvändigtvis är förbättrad hälsa kan det ramverk som föreslagits av Walker och medarbetare vara användbart för ekonomiska utvärderingar inom folkhälsopolitiken och utvärderingsmatrisen som presenteras i figur 3 kan fungera som ett metodstöd. Även om vi har fyllt matrisen med några praktiska exempel skall den främst ses som ett tvådimensionellt verktyg där karaktären på insatsen kan beskrivas tillsammans med förväntad påverkan i olika samhällssektorer. Om vi som exempel vill utvärdera en insats för att förebygga gängkriminalitet kan ett första steg vara att definiera vilka sektorer som påverkas och i vilken utsträckning; skall cellerna 9-12 beaktas i den ekonomiska utvärderingen och vilka utfallsmått anses relevanta? Utvärderingsmatrisen och genomgången av kostnadseffektivitetsanalys och kostnadsintäktanalys ovan kan ge ett stöd i designen av en sådan utvärdering.

Utvärderingsmatrisen kan eventuellt också ge ett stöd för hur olika folkhälsopolitiska insatser kan jämföras mot varandra. En insats för att förhindra rökning hos ungdomar kanske primärt utvärderas i cell 1 i matrisen medan en insats för en tryggare skolmiljö kanske primärt utvärderas i cell 7 eller 11. Att avgöra om den ena insatsen är bättre än den andra (skapar mer värde) är som antytts i avsnitt 3.3 inte enkelt. En beslutsfattare behöver då avgöra om exempelvis en vinst i QALYs (*NHB*) är värd mer än en vinst i något utbildningsutfall eller trygghetsindex (*NUB*). Ekonomiska utvärderingar kan inte ge svaret på hur de här svåra avvägningarna ska göras men de kan bidra med så tydliga beslutsunderlag som möjligt om utfallen i de olika sektorerna. Tillförlitliga skattningar av betalningsviljan för utfall i olika sektorer kan också understödja sådana prioriteringsbeslut.

Titeln på det här kapitlet indikerar att vi skulle försöka komma fram till ett enhetligt ramverk för utvärderingar av folkhälsopolitiska insatser. Att ett sådant ramverk inte innefattar endast en metodologisk ansats som passar alla ekonomiska utvärderingar är kanske vår viktigaste slutsats. Ett enhetligt ramverk behöver vara dynamiskt där ekonomiska utvärderingar är underlag för beslut präglade av stor heterogenitet. Lärdomarna från hälsoekonomiska utvärderingar inom hälso- och sjukvården visar på vikten av att tydliggöra vilka utgångspunkter som ligger till grund för utvärderingsresultaten så att beslutsfattare kan tolka och förstå vilka avvägningar de står inför. Detta ger inte ett enhetligt ramverk för ekonomiska utvärderingar inom folkhälsa men är likväl en bred enhetlig utgångspunkt.

Lathund – att tänka på när folkhälsopolitiska utvärderas*

Inna Feldman[†] och Anders Forslund[‡]

2025-03-29

* Författarna tackar för synpunkter från Hanna Mühlrad och Ellen Wolff. Delar av materialet i avsnitt 3 har lånat mycket från en promemoria av Anders Forslund och Björn Öckert. Författarna är naturligtvis själva ansvariga för kvarvarande brister.

[†] Institution folkhälsa och vårdvetenskap, Uppsala universitet, inna.feldman@uu.se

[‡] IFAU och UCLS, Uppsala universitet, anders.forslund@ifau.uu.se.

1	INLEDNING	4
2	HÄLSOEKONOMISKA UTVÄRDERINGAR INOM FOLKHÄLSOOMRÅDET	5
2.1	Teoretisk översikt	5
2.2	Olika typer av hälsoekonomiska utvärderingar	6
2.3	Kostnader och konsekvenser	8
2.4	Transparens och replikerbarhet	10
3	NÄR OCH HUR KAN VI GÖRA FOLKHÄLSOPOLITISKA INSATSER UTVÄRDERINGSBARA?	10
3.1	Randomiserade försök (RCT)	11
3.1.1	Fördelar med RCT	12
3.1.2	Nackdelar med RCT	12
3.1.3	Generaliserbarhet av RCT	12
3.1.4	Genomförande av RCT	13
3.2	Metoder för att utvärdera insatser med kvasiexperimentella metoder och observationsdata	14
3.2.1	Regressionsdiskontinuitetsdesign (RDD)	15
	Genomförande av RDD	15
3.2.2	Differences in differences (DiD)	16
	Genomförande av DiD	17
3.2.3	Matchningsmetoder	18
	Genomförande av matchning	19
3.2.4	Interrupted time series (ITS)	20
	Genomförande av ITS	20
4	TILLÄMPNING AV HÄLSOEKONOMISKA METODER INOM FOLKHÄLSOOMRÅDET	21
4.1	RCT-baserade ekonomiska utvärderingar	21
4.1.1	Utgångspunkter och genomförande	21
4.1.2	Exempel: Ekonomisk utvärdering av fyra föräldrastödprogram och en bok för föräldrar med barn som har uppförandeproblem	22
4.2	Registerbaserade ekonomiska utvärderingar	24
4.2.1	Utgångspunkter och genomförande	24
4.2.2	Exempel: Hälsoekonomisk utvärdering av de långsiktiga resultaten av Salut-satsningen - en pågående multisektoriell strategi med förstärkta hälsofrämjande insatser för barn och föräldrar via den regionala offentliga sektorn	25
4.3	Modellbaserade ekonomiska utvärderingar	29
4.3.1	Utgångspunkter och genomförande	29
4.3.2	Exempel: Långtidsuppföljning av föräldrastödsinsatserna (till 65 år) som implementeras i olika kommuner i Sverige	32
4.3.3	Exempel: Riskfaktorer, Hälsa och Samhällskostnader (RHS-modellen)	34

5. ATT TÄNKA PÅ VID KOMMUNICERING AV RESULTAT MED BESLUTSFATTARE	35
6. REFERENSER	37

1 Inledning

Nya reformer, liksom pågående politik, behöver följas upp och utvärderas för att regering och riksdag ska veta vilka resultat och effekter som har uppnåtts i relation till samhällsresurser som satsades för att genomföra reformerna. Denna kunskap är nödvändig för att vid behov kunna justera politiken och för att dra lärdomar som kan användas vid framtida beslut för reformförslag. Formerna för regeringens uppföljning och utvärdering varierar beroende på innehåll, genomförande och behov av att kunna analysera och redovisa resultat.

Eftersom samhällets resurser är begränsade bör beslut om införande av nya reformer inom folkhälsoområde beakta resursåtgången i förhållande till effekter på folkhälsan. Som ett av verktygen används kostnadseffektivitetsanalys, en hälsoekonomisk utvärderingsmetod som jämför kostnader för och hälsoeffekter av främjande, förebyggande och behandlande insatser.

I denna rapport ger vi en kortfattad vägledning för implementering av reformer som skapar förutsättningar för utvärdering av insatser för att befrämja folkhälsan, bland annat från hälsoekonomiskt perspektiv. Med utvärdering menar vi i den här genomgången att skatta kostnader och kausala effekter av relevanta politiska insatser.

För att kunna göra effektutvärderingar krävs att ett antal förutsättningar ska vara uppfyllda. En viss tid måste ha förflutit så att eventuella effekter har hunnit uppstå och mätas. Det måste finnas tillräckliga volymer i de insatser som ska utvärderas om inte precisionen i skattningar av de kausala effekterna ska bli för låg. Ett mycket viktigt villkor är att det måste finnas möjlighet att jämföra utfall för dem som tagit del av insatsen med en jämförbar grupp som inte påverkats (en jämförelsegrupp eller kontrollgrupp). Dessutom krävs data av hög kvalitet.

I regel sker uppföljning och utvärdering efter att reformer har implementerats. För uppföljningar av deskriptiv karaktär är detta ofta ingen större nackdel så länge datafångsten har säkrats. Om man däremot har ambitionen att kunna påvisa kausala samband, dvs. göra en effektutvärdering, ökar förutsättningarna för att kunna göra bra effektutvärderingar om man planerar för utvärdering tidigt och därmed kan genomföra insatserna på ett sådant sätt att de blir utvärderingsbara. Det betyder framför allt att alla i en målgrupp för en viss insats inte kan få ta del av allt samtidigt – då finns det ingen kontrollgrupp att jämföra med. Ofta krävs det en medveten design för att garantera att en lämplig kontrollgrupp ska kunna identifieras. Vi diskuterar senare olika sätt att göra detta och de utvärderingsmetoder som svarar mot olika sätt att skapa en kontrollgrupp.

Eftersom utvärdering bygger på jämförelse måste det finnas någon form av begränsning för hur insatser fördelas till individer, regioner, försäkringskassor, skolor, företag, etc. Ofta är det dock varken möjligt eller önskvärt att låta alla ta del av insatsen samtidigt, vilket gör det nödvändigt att göra ett urval av deltagare. Naturliga resurs- och kapacitetsbegränsningar kan därmed ofta utnyttjas för att välja ut deltagare på ett genomtänkt sätt som underlättar utvärdering.

Det kommer inte alltid att finnas förutsättningar för att anpassa implementering av reformer så att de blir utvärderingsbara. Det är dock viktigt att inför nya reformer beakta förutsättningarna för utvärdering och fatta väl avvägda beslut för att i möjligaste mån underlätta utvärdering. För att beslutsfattare ska kunna göra genomtänkta avvägningar behöver de veta vilka metoder för utvärdering som står till buds och vilka förutsättningar som gäller för de olika alternativen. Det handlar om att få en bild över möjligheterna och de olika för- och nackdelar som är förbundna med respektive alternativ. Det kan handla om hur tillförlitliga resultaten är, t.ex. hur långt man tror sig komma tillrätta med selektionsproblem, om tillräckliga volymer i försöksverksamheter kan uppnås, om resultaten är generaliserbara etc. Det kan också handla om praktiska frågor t.ex. att man behöver skapa en särskild organisation kring utvärdering (vilket ofta är förenat med kostnader), att det finns möjlighet att samarbeta med handläggande myndighet, eller att det finns etiska frågor att beakta.

För att stärka förutsättningarna för att i högre grad och på lämpligt sätt använda sig av effektutvärderingar behövs ett vägledande dokument för hur politiken bör implementeras. Ambitionen med detta dokument är inte att det ska täcka in alla tänkbara metoder och situationer, utan det är tänkt att ge en första vägledning när det gäller utvärderingsaspekterna av reformförslag.

2 Hälsoekonomiska utvärderingar inom folkhälsoområdet

2.1 Teoretisk översikt

De globala hållbarhetsmålen, Agenda 2030, är den mest ambitiösa agendan för hållbar utveckling som världens länder antagit, och ligger till grund för en strävan att uppnå viktiga mål inom många områden till år 2030 (Socialdepartament 2018). Flera av hållbarhetsmålen knyter direkt an till folkhälsan, inte minst målen kring ”God hälsa och välbefinnande”, ”Minskad ojämlikhet” och ”Hållbara städer och samhällen”. Många av de övriga målen har en indirekt koppling och kan både påverka och påverkas av befolkningens mående. Detta innebär att de folkhälsopolitiska målen till stor del överlappar med den sociala dimensionen av Agenda 2030. De folkhälsopolitiska målen innefattar bland annat det tidiga livets villkor, utbildning, arbete, inkomst och försörjningsmöjligheter, boende, levnadsvanor, delaktighet och en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.¹

För en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen ska insatser ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människan. Men insatser bör även prioriteras utifrån ett kostnads-effektperspektiv; det ska finnas en rimlig relation mellan kostnad och effekt enligt den etiska plattformen.² För att förebygga ohälsa och främja välmående krävs investeringar i dessa, samtidigt som samhällets resurser är begränsade. Därför måste prioriteringar göras mellan konkurrerande insatser inom folkhälsoområdet. Ekonomiska synsätt och metoder är då användbara för att bland annat avgöra vilka insatser som bör prioriteras för att nå bästa möjliga hälsa hos befolkningen. Och med ett långsiktigt perspektiv krävs investeringar som bidrar till jämlik och god hälsa i framtiden.

Detta innebär att man bör ta hänsyn till framtida avkastning (exempelvis genom att beräkna det diskonterade nuvärdet av den förväntade framtida avkastningen) från investeringar gjorda i förebyggande insatser idag, istället för att se dem som enbart kostnader. Ett livscykelperspektiv innebär att ambitionen är att ta hänsyn till och inkludera både risk- och skyddsfaktorer och deras långsiktiga inverkan, istället för att enbart se till kostnader och potentiella besparingar idag, eller kort efter en investering. Det finns också ett behov av intersektoriell uppföljning. Tidiga satsningar på barn och unga kan till exempel leda till besparingar senare i livet som tillfaller andra aktörer eller förvaltningar än de som ursprungligen stod för investeringen. Ett intersektoriellt synsätt är därför viktigt för en korrekt utvärdering av en insats.

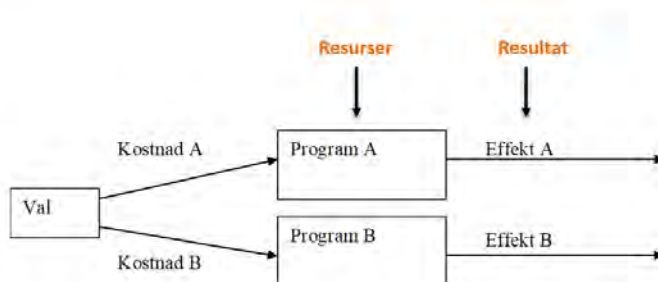
Hälsoekonomi, en disciplin inom nationalekonomi, analyserar hälsa ur ett ekonomiskt perspektiv. Eftersom samhällets resurser är knappa behövs metoder för att kunna prioritera insatser inom samhällsområden som berör hälsa, både folkhälsa och hälsovård. Syftet med en hälsoekonomisk/folkhälsoekonomisk utvärdering är därför att utifrån befintliga resurser, hitta vilken insats som ger bästa möjliga folkhälsoeffekt. Man vill därför ta hänsyn till hur mycket en insats kostar och vilken effekt den har.

I en hälsoekonomisk utvärdering jämförs kostnader och hälsoeffekter av två eller fler alternativa insatser (behandlingar, folkhälsoinsatser, politiska program). Analysen är inkrementell, det vill säga de extra kostnader och hälsoeffekter som en insats ger jämfört med en annan insats eller ”ingen insats” utgör basen för analysen, se figur 1. Resultatet presenteras ofta som en kvot där de ökade (inkrementella) kostnaderna divideras med skillnaden mellan insatsernas effekter, Incremental Cost-

¹ Regeringskansliet (2020).

² Socialdepartementet (1996).

Effectiveness Ratio, ICER.³



Figur 1. Modell för en hälsoekonomisk utvärdering

$$\text{ICER} = (\text{kostnad A} - \text{kostnad B}) / (\text{effekt A} - \text{effekt B}).$$

För att möjliggöra de ovan nämnda beräkningarna krävs ett "effektått" som fungerar vid jämförelse av olika insatser/program/policy. I avsnitt 3 diskuterar vi olika sätt att skatta insatsers effekter.

För att bedöma om en insats är kostnadseffektiv måste man bestämma hur mycket samhället är villigt att betala för en vunnen hälsoenhet, till exempel, minskad skadlig alkoholkonsumtion, minskad förekomst av våld, ökande medellivslängd, antal vunna levnadsår. Det kan ge en beslutsregel: interventioner med en kostnad per vunnen hälsoenhet som är lägre än betalningsviljan är kostnadseffektiva och bör genomföras.

2.2 Olika typer av hälsoekonomiska utvärderingar

Det finns olika typer av hälsoekonomiska utvärderingar: Kostnads-intäktsanalyser (eng. cost benefit analysis, CBA), Kostnadseffektivitetsanalys (CEA), Kostnadsnyttoanalys (CUA) Kostnadsminimeringsanalys (CMA) och även Kostkonsekvensanalys (CCA).

I CBA vill man se om insatsens effekt är tillräcklig i relation till insatsens kostnad. I en kostnadsintäktsanalys mäter man hälsoutfallet i monetära termer. Och resultatet blir en jämförelse av vilken insats som ger högst vinst eller bäst lönsamhet, snarare än mest nytta (hälsa) för pengarna. De vanligaste analysmetoderna vid utvärderingar av insatser inom folkhälsoområden är kostnadseffektivitetsanalys (CEA) eller kostnadsnyttoanalys (CUA). Inom *kostnadseffektivitetsanalysen* uttrycks hälsoutfall i endimensionella enheter, som minskad andel rökare i befolkningen, minskat antal sjukskrivningsdagar, antal vunna levnadsår. *Kostnadsnyttoanalysen* är en form av kostnadseffektivitetsanalys men med skillnaden att kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) alltid används som effektått. Resultatet från en kostnadseffektivitetsanalys och en kostnadsnyttoanalys presenteras normalt som en inkrementell kostnadseffektivitetskvot (ICER; se avsnitt 2.1).

Om utvärderingen avser två insatser som har samma effekter vid alla tidpunkter, är det naturligt att nöja sig med en *kostnadsminimeringsanalys* (CMA). Om beslutsfattaren behöver mer information finns det också andra typer av hälsoekonomiska analyser, till exempel budgetpåverkansanalyser och cost of illness-studier (COI). I en *budgetpåverkananalys* (eng. budget impact analysis) beskrivs hur en eller flera budgetar påverkas om man inför en insats och vilka konsekvenser som kan förväntas. I COI skattar man kostnader kopplade till en indikator, snarare än till en specifik insats. De vanligaste

³ Drummond (2005).

typerna av ekonomiska utvärderingar inom folkhälsoområdet sammanfattas i Tabell 1.

Tabell 1. Olika typer av hälsoekonomiska analyser

Typ	Kostnader	Effekter	Resultat (beslut)
Kostnadseffektanalys (CEA)	Kr	Endimensionellt utfall, mätt utifrån det vi faktiskt är intresserade av	Kostnad per konsekvens: Kostnad per undvikt skolavhopp
Kostnadsnyttoanalys (CUA)	Kr	Bredare syn på effekter. Värderat som individers/samhällets preferenser, generiskt utfall: ex. QALY/DALY	Kostnad per konsekvens: Kostnad per QALY/DALY/CALY
Kostnadsintäktsanalys (CBA)	Kr	Samma som CUA men utfall värderat monetärt	Kostnad/Intäkt-kvot
Budgetpåverkansanalys (BIA)	Kr	Samma som CEA men utfall värderat monetärt	Kostnad / Kostnadsbesparingar
Kostnadsminimeringsanalys (CMA)	Kr	Endimensionellt utfall	Minst kostsamma alternativ

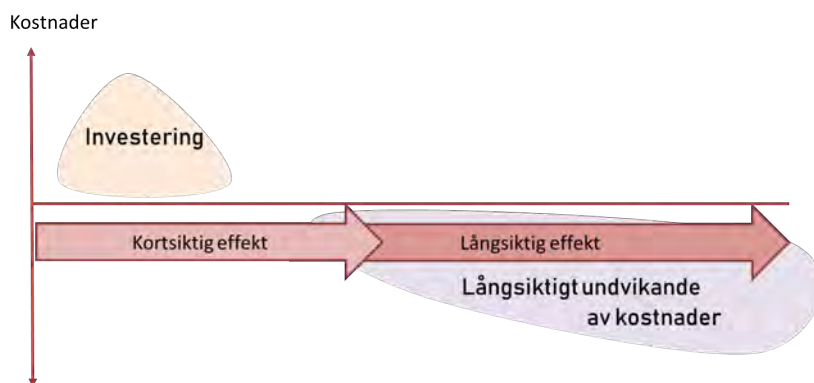
Om effekterna är samma, vilken kostar minst?

Hälsoekonomisk modellering

Vid olika typer av hälsoekonomiska analyser (CEA, CUA) kan det ofta saknas tillräckligt dataunderlag, till exempel när man vill inkludera kostnader och effekter under en längre tidshorisont än vad som är möjligt från uppföljningsperioden av en insats. Ibland kan man också se förändringar i ett tidigt skede, men inte sätta en prislapp på dessa förändringar. Ett alternativ är då att identifiera samband mellan kortsiktiga utfall och långsiktiga förändringar i relevanta målvariabler, som potentiellt går att skatta monetärt. Ett sådant tillvägagångssätt kan användas för att skatta framtida kostnader och effekter och därmed att genomföra en hälsoekonomisk utvärdering med långtidsperspektiv. Denna ansats kallas för en *hälsoekonomisk modellering*. Baserat på de data som finns tillgängliga skapas en matematisk modell som används för att prognosticera framtida kostnader och hälsoeffekter av en

insats. Syftet med modellanalyser är att konstruera bästa möjliga beslutsunderlag vid avsaknad av tillförlitliga, adekvata eller användbara data. Långsiktiga ekonomiska beräkningar av effekterna av en insats på olika folkhälsoindikatorer kan användas för jämförelser med, till exempel en annan insats eller en grupp individer som inte fått en insats för att utifrån olika antaganden beräkna potentiella undvikna kostnader kopplade till en förändring av en indikator.

Både folkhälsoindikatorer som följs upp nationellt och regionalt och långsiktiga effekter av folkhälsoarbetet, kan också ibland mätas monetärt. Folkhälsoindikatorer mätta bland barn och ungdomar, såsom psykisk hälsa och skolprestation, kan skattas som långsiktiga konsekvenser för olika samhällsaktörer, för individerna själva och för deras familjer. Om man kan mäta positiva förändringar kan potentiella undvikna kostnader relaterade till en förändring av en indikator skattas. Grundstrukturen illustreras i Figur 2, med en idé om att kostnader idag kan leda till kostnadsbesparingar på sikt.

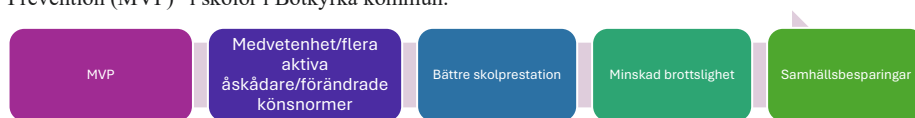


Figur 2. Investering i en insats, i relation till kort- och långsiktiga effekter och kostnader

2.3 Kostnader och konsekvenser

För att genomföra en hälsoekonomisk modellering av en planerad insats krävs en väl grundad uppfattning/hypotes om sambandet mellan å ena sidan insatsen och å andra sidan kort- och långsiktiga kostnader och effekter på relevanta målvariabler.

I figur 3 ger vi ett exempel på en insats och möjliga hypoteser om förväntade effekter och ekonomiska konsekvenser av implementering av det våldsförebyggande programmet ”Mentors in Violence Prevention (MVP)” i skolor i Botkyrka kommun.



Figur 3. Samband mellan insatsen, förväntat resultat och långsiktiga utfall och eventuella ekonomiska konsekvenser

För att fylla ”boxarna” i Figur 3 med innehåll krävs svar på ett antal frågor. Vilka kostnader ska ingå i en ekonomisk utvärdering av MVP, och hur ska de beräknas? En viktig fråga rör valet av utvärderingsperspektiv. Ett ”betalarperspektiv” tar endast hänsyn till kostnader som faller inom budgeten för den som genomför insatsen. Ett betalarperspektiv inom kommunen innefattar exempelvis kostnader för att införa och driva ett riktat föräldrastödsprogram för nyanlända invånare. Enligt SBU:s rekommendation (ref), bör i stället ett samhällsperspektiv där alla relevanta kostnader och effekter som

kan uppstå som en konsekvens av insats/policy inkluderas i analysen. I så fall försöker man identifiera och inkludera alla kostnader och effekter i samhället som insatsen kan ge upphov till, oavsett om de faller på region, kommun, stat eller den enskilde individen. Kostnader till följd av produktionsbortfall, som uppstår när en förälder inte kan arbeta på grund av att barnet vägrar gå till skolan, eller produktionsbortfall kopplat till brott/suicid/suicidförsök är exempel på aspekter som inkluderas i ett samhällsperspektiv.

Kostnaderna brukar indelas i *direkta* och *indirekta* kostnader. Med direkta kostnader avses sådana som uppstår som en följd av den insatsen eller program som utvärderas.⁴ De direkta kostnaderna består främst av förbrukning av resurser vid insatsen för ”betalare”, men kan också bestå av insatser eller konsekvenser för andra samhällsaktörer, till exempel minskade kostnader för hälso-och sjukvård på grund av nya tobakspolicy eller implementering av motionsprogram för äldrebefolkning.

Indirekta kostnader domineras av produktionsbortfall, det vill säga kostnader relaterade till att man inte kan arbeta på grund av ohälsa, vård av närstående eller för tidigt död. Vid beräkning av indirekta kostnader gäller det framför allt värderingen i pengar av förlorad arbetstid. Det finns två etablerade metoder för värdering av produktionsförluster, nämligen den i ekonomisk välfärdsteori grundade humankapitalansatsen och den alternativa friktionskostnadsmetoden. I detta kapitel går vi inte i en detaljerad beskrivning av dessa metoder utan noterar att indirekta kostnader bör inkluderas i ekonomisk analys om man tar ett samhällsperspektiv.

I en ekonomisk analys är det den totala samhällskostnaden för en insats/program som är av intresse, även om den faller på flera aktörer inom olika samhällssektorer. Det innebär exempelvis att eventuella avgifter som den enskilde betalar ska tas med i beräkningen men endast om de påverkar totalkostnaden och inte ersätts av andra samhällsaktörer. I figur 4 illustreras olika perspektiv för ekonomisk analys av en hälsofrämjande insats i en skola, med syfte att öka elevernas engagemang och skolnärvaro. Hypotesen är att ökat skoldeltagande och bättre skolresultat minskar behov av extra stöd (kommun), förbättrar hälsa (HSV), bidrar till familj och minskar produktionsbortfall både för elever och föräldrar

Kostnader	Perspektiv		
	Deltagare (tid)	Betalare (Skola)	Samhälle
Programkostnader	✗	✓	✓
Andra sektorer – HSV, kommun med fler	✓	✗	✓
Familj	✓	✗	✓
Produktionsbortfall	✓	✗	✓

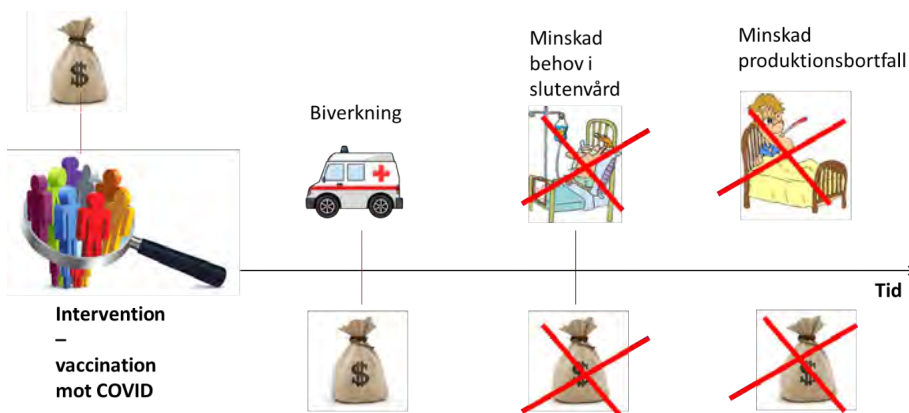
Figur. 4. Olika perspektiv vid utvärdering av en hälsofrämjande insats i skolan

Tidsperspektivet för utvärderingen bör vara långt nog för att vi ska kunna mäta och jämföra insatsers inverkan på olika utfall. Det skulle kunna inkludera utfall vi mäter direkt efter insatsen, eller så skulle

⁴ I utvärderingen tar man hänsyn till både kostnader och kostnadsbesparingar. Kostnader uppstår när resurser förbrukas för att man genomför en insats. Kostnadsbesparingar uppstår när den samhällets resursförbrukning minskar.

det kunna sträcka sig över ett livslångt perspektiv, eller till och med över flera generationer. Dessa längre perspektiv tar vi ofta om effekten är förväntad längre fram i tiden. Relevant tidsperspektiv bestäms utifrån vad som kan vara rimligt för en beslutsfattare.

I figur 5 illustreras de poster som kan inkluderas i en hälsoekonomisk analys av ett vaccinationsprogram när hälso- och sjukvård är betalare. Direkta kostnader består av vaccinationen och möjliga biverkningar medan direkta besparingar (positiva effekter) ges av minskat behov av vård. Indirekta besparingar som markeras med **rött kryss** (positiv effekt) kommer från minskat behov i slutenvård och produktionsbortfall.



Figur 5. Kostnadsposter som kan inkluderas i hälsoekonomisk analys

Sålunda kan de totala kostnaderna beräknas som kostnader för interventionen plus kostnader för biverkningar minus minskade kostnader för slutenvård och produktionsbortfall.

2.4 Transparens och replikerbarhet

Transparens och replikerbarhet är viktiga komponenter inom ekonomisk utvärdering som ökar förtroendet och giltigheten i resultaten. Ekonomiska utvärderingar inom folkhälsoområdet är ofta sammankopplade med osäkerhet, eftersom analysen vilar på många antaganden och ofta bristfälliga datakällor. Det är därför, för det första, viktigt att tydligt redogöra för de antaganden och möjliga problem i datakällorna som analysen vilar på. Det är också viktigt att genomföra och presentera känslighets- och scenarioanalyser som ett komplement till huvudanalysen (base case). Vid känslighetsanalysen varieras olika variabler eller antaganden i analysen för att undersöka vad som händer med resultaten. Tillsammans skapar dessa element en robust ram för ekonomisk utvärdering, vilket i slutändan leder till högre kvalitet och mer tillförlitliga resultat.

3 När och hur kan vi göra folkhälsopolitiska insatser utvärderingsbara?⁵

I detta avsnitt behandlar vi olika sätt att fastställa konsekvenser (effekter och kostnader) av genomförda folkhälsopolitiska insatser. Oavsett vilken typ av ekonomisk utvärdering av en folkhälsoinsats som ska genomföras, krävs en trovärdig skattning av såväl insatsens kausala effekter på relevanta målvariabler som av dess kostnader.

⁵ Olika sätt att skatta kausala effekter presenteras i Angrist och Pischke (2014).

Det som är gemensamt för alla metoder att skatta kausala effekter är att de förutsätter att utfallen för en försöksgrupp kan jämföras med utfallen för en kontrollgrupp. Denna förutsättning kan uppfyllas på flera sätt och metoderna för att skatta kausala effekter får anpassas till den väg som valts.

Ett grundläggande problem med utvärderingar är att det kan finnas systematiska skillnader mellan försöks- och kontrollgruppernas deltagare i dimensioner som är viktiga för utfallet av olika insatser. Det kan till exempel handla om att en korrelation mellan att ha fått en insats och dålig hälsa återspeglar att bara de som har dålig hälsa får insatsen. Förutom att i normalfallet se till att alla inte får ta del av en insats samtidigt, måste man alltså skapa en kontrollgrupp som på något sätt kan göras jämförbar med försöksgruppen. I det här avsnittet redogör vi för olika sätt att göra detta samt de krav på genomförande detta innebär. Vi diskuterar också för- och nackdelar med olika metoder.

De metoder vi diskuterar kan användas för att skatta olika mått på effekter. De två vanligaste måtten är ITT – intention to treat – och ATT – den genomsnittliga effekten för dem som fått ta del av en insats. ITT skattar effekten av att få ett erbjudande om en insats för dem som får erbjudandet, medan ATT skattar effekten av att utnyttja erbjudandet. ITT är vanligt vid randomiserade kontrollerade försök (se nedan), medan ATT är vanligare för andra metoder att skatta effekter.

De metoder vi behandlar handlar alla om att skatta effekter för de individer som faktiskt erbjuds eller får ta del av en insats. Detta ger dock i normalfallet inte hela bilden av de potentiella effekterna av en insats. För det första kan insatser även påverka individer som inte tar del av dem. Ett uppenbart exempel är vaccinering, där även ovaccinerades hälsoutfall kan påverkas av att många andra är behandlade. I detta fall kan effekterna i målpopulationen underskattas om man enbart tar hänsyn till effekterna för de behandlade. För det andra är det inte säkert att de effekter man hittar för deltagarna i ett småskaligt försök kan generaliseras till effekterna om hela målpopulationen erbjuds insatsen. Om man exempelvis genomför screening för bröstcancer i försöksform är det inte säkert att utrustning och personal av samma kvalitet finns tillgängliga för hela målpopulationen. I detta fall riskerar man att överskatta effekterna för målpopulationen om man enbart tar hänsyn till effekterna i det begränsade försöket.

Som beslutsfattare är det viktigt att vara medveten om att man bör vara försiktig med att basera beslut om stora reformer på enstaka studier. Det kan handla både om det vi kallar intern och det vi kallar extern validitet. Enskilda studier kan ha brister i båda dessa dimensioner och på så sätt vara otillräckliga som beslutsunderlag. Brister i intern validitet innebär att man inte har skattat exakt den effekt man är ute efter. Detta är en möjlighet i alla typer av studier vi presenterar nedan, även om risken är mindre vid ett väl genomfört randomiserat försök. Brister i extern validitet handlar om hur generaliserbara resultaten för en studie är för hela målpopulationen för en insats. Inte sällan skattas effekter för relativt små delpopulationer, och det är inte självklart att resultat som avser dessa målpopulationer är giltiga för andra grupper i målpopulationen. Och generaliserbarheten kan vara begränsad även om delpopulationen är stor. Är exempelvis skattade effekter av insatser för män giltiga för kvinnor? Därför är det klokt att inte fatta beslut baserade på enstaka studier, utan att invänta evidens från flera studier, som gärna kan avse olika delpopulationer i målpopulationen.

3.1 Randomiserade försök (RCT)

I randomiserade försök fördelas individer slumpmässigt till en försöksgrupp (som får ta del av insatsen) och en kontrollgrupp (som inte får ta del av insatsen). Den slumpmässiga tilldelningen av insatser innebär att fördelningen av individernas egenskaper i försöks- och kontrollgrupp blir densamma. Eventuella skillnader i de genomsnittliga utfallen grupperna emellan kommer därför att återspegla att vissa fick och andra inte fick ta del av insatsen i fråga och inte att grupperna hade olika egenskaper som kan ge upphov till skillnader i utfall.

3.1.1 Fördelar med RCT

Randomiserade försök ger ideala förutsättningar för att fastställa trovärdiga orsakssamband mellan insatser och utfall. En slumpmässig fördelning av insatser säkerställer att försöks- och kontrollgrupperna har samma fördelning av egenskaper och förutsättningar. Utfallet för kontrollgruppen utgör därmed en tillförlitlig skattning av utfallet i försöksgruppen i frånvaro av insats.

Vid randomiserade försök kan effekten av insatsen enkelt mätas genom att jämföra utfallen i experimentgruppen med utfallen i kontrollgruppen. Effektskattningarna har i allmänhet hög tillförlitlighet (intern validitet). Jämförbarheten hos experiment- och kontrollgruppen kan dessutom belägas genom att undersöka eventuella skillnader i förbestämda egenskaper.

En slumpmässig fördelning kan innebära såväl att deltagande erbjuds som att det påbjuds. Det senare är dock i normalfallet svårt att åstadkomma, och om vissa av dem som slumpats att ingå i försöksgruppen inte tar del av insatsen kan man inte vara säker på att deltagandet, till skillnad från erbjudandet om att delta, är slumpmässigt. Det typiska är också att insatser erbjuds snarare än påbjuds. Man skulle exempelvis kunna erbjuda slumpmässigt utvalda män över en viss ålder att ta PSA-prov, men knappast kunna tvinga dem att utnyttja erbjudandet. Därmed är det i högsta grad policyrelevant att skatta effekten av erbjudandet om att delta (ITT). Det är därmed i normalfallet möjligt att kombinera randomiserade försök med viss grad av valfrihet för såväl handläggare som individerna som omfattas av insatsen. Man kan vidare låta individerna i kontrollgruppen få del av insatsen senare eller bli föremål för en ny randomisering vid ett senare tillfälle. Därmed behöver inte utfallet av randomiseringen vara definitivt. Utvärderingen begränsas dock till den tidpunkt då kontrollgruppen får del av behandlingen.

Slumpmässig fördelning av insatser lämpar sig särskilt väl när annan urvalsgrund saknas. Därför avgörs fördelningen av högskoleplatser bland sökande med samma meriter genom lottning. På samma sätt fördelas arbetssökande till handläggare på vissa förmedlingskontor slumpmässigt, eller så gott som slumpmässigt (på basis av födelsedag). Det är också möjligt att kombinera slumpmässig tilldelning av insatser med andra fördelningsregler.

3.1.2 Nackdelar med RCT

Randomiserade försök kräver någon form av central organisation för fördelning av insatser. Det finns därmed risk att genomförandet kan bli administrativt krävande. Olika tekniska verktyg kan dock användas för att integrera randomiseringen som en naturlig del i den reguljära verksamheten, exempelvis genom att låta en modul i handläggningssystemet utföra randomiseringen och informera handläggare om utfallet. Generellt tenderar dock randomiserade försök att vara kostsamma och de behandlade populationerna ofta små som ett resultat av att kostnaderna ökar med försökets storlek.

Randomiserade försök kan också vara förenade med etisk problematik. Designen innebär för det första att försökspersonerna medvetet påverkas av insatsen i fråga. Hela poängen med att genomföra studier är att man inte vet om insatsen ger önskad effekt. Man riskerar därför att påverka försökspersonerna negativt. Om, för det andra, insatsen visar sig ha goda effekter, så kan det vara svårt att etiskt försvara att inte alla får ta del av den. Båda dessa typer av problem måste hanteras i randomiserade försök.

Det finns risk att olika aktörer inom utförande organisation försöker kringgå utfallet av randomiseringen, framför allt genom att låta individer i kontrollgruppen få del av insatsen. Information om försöksverksamheten kan öka acceptansen för den slumpmässiga fördelningen, samtidigt som den ökar risken för att olika aktörer ändrar sitt beteende på grund av utvärderingen.

3.1.3 Generaliserbarhet av RCT

Kontrollerade experiment mäter effekter för de individer som är föremål för insatsen. Det är möjligt göra separata randomiserade urval för enheter med särskilda egenskaper, exempelvis för olika grupper av individer, organisationer eller regioner. En sådan stratifiering av urvalet ökar i

allmänhet jämförbarheten mellan experiment- och kontrollgruppen samtidigt som effektskattningar för olika delgrupper möjliggörs.

3.1.4 Genomförande av RCT

Randomiserade försök är framför allt lämpliga för att ge kunskap om effekter för individer som får ta del av den insats som försöket avser (deltagarna), men randomiserade försök kan också utformas så att de ger kunskap om hur andra än deltagarna påverkas av insatsen.

Randomiserade försök kan genomföras och har genomförts inom alla politikområden där insatser ges till individer; metoden är därför användbar inom exempelvis folkhälso-, arbetsmarknads-, utbildnings- och socialförsäkringspolitik.

3.1.4.1 Organisation och administration

Det är resurskrävande att genomföra ett randomiserat försök. Det behövs ett sekretariat som håller i försöket och ser till att försöksprotokollet följs. Detta inbegriper ett antal uppgifter:

1. Etisk prövning måste genomföras innan försöket påbörjas (åtminstone om data ska inhämtas via enkäter och om enkätinformation och registerdata ska kombineras).
2. Handläggarna måste informeras om hur och varför försöket ska genomföras.
3. Randomiseringen måste ske på föreskrivet sätt.
4. Resultatet av randomiseringen måste kommuniceras till de verkställande handläggarna.
5. Löpande uppföljning av att insatserna tilldelats deltagarna enligt försöksprotokollet är nödvändig.
6. Försöket måste dokumenteras. Detta gäller såväl dokumentation av hur försöket genomförts som de data som ska analyseras.

3.1.4.2 Samarbete med verkställande myndighet

Samarbete mellan forskare och den verkställande myndigheten är en absolut nödvändighet. De flesta av punkterna i avsnittet om organisation och administration förutsätter ett nära samarbete mellan forskare och verkställande handläggare. För att ett sådant samarbete ska vara möjligt måste försöket vara förankrat på alla nivåer i den verkställande myndigheten, annars kommer sannolikt inte de verkställande handläggarna uppfatta uppgiften som prioriterad och risken är stor att den verkställande myndigheten inte tillhandahåller tillräckligt mycket resurser för att försöket ska kunna genomföras.

3.1.4.3 Volym

Det finns ingen gyllene regel för hur många individer som behöver delta i ett randomiserat försök för att precisionen i de skattade effekterna ska bli tillräckligt stor. Hur stor volym som behövs bestäms bl.a. av hur stor effekt man rimligen kan förvänta sig och varje försök bör därför föregås av en välinformerad uppskattning av hur stora effekter man kan förvänta sig som en grund för en beräkning av hur stort antal deltagare som krävs för tillräcklig precision.

3.1.4.4 Etiska frågor

Grundregeln är att all forskning som innebär hantering av känsliga personuppgifter ska etikprövas. Det är däremot inte uppenbart att själva försöket alltid behöver etikprövas. Om den insats som ska studeras kan betraktas som en naturlig del av en myndighets (exempelvis Socialstyrelsen eller Folkhälsomyndigheten) verksamhetsutveckling är i normalfallet en etikprövning av själva försöket inte nödvändig. Om ett randomiserat försök genomförs i forskningssyfte bör det alltid etikprövas. Möjligen är en rimlig försiktighetsprincip att det är bättre att etikpröva än att låta bli om det råder någon som helst tvekan om ett försök är att betrakta som forskning eller verksamhetsutveckling. All hantering av känsliga personuppgifter och matchning av enkätinsamlad information med registerdata ska däremot genomgå sedvanlig etikprövning.

En annan etisk fråga är att försöksprotokollet bör innehålla klausuler som anger villkor för när försöket bör avbrytas. Ett möjligt sådant villkor gäller att insatsen bör avbrytas om den tidigt visar sig vara påtagligt skadlig för deltagarna. En relaterad (kanske självklar) synpunkt är att det är tveksamt att erbjuda en insats som man i förväg tror är negativ för deltagarna – randomiserade försök bör

genomförs för att testa idéer man tror är bra. I de flesta fall är ovanstående överväganden mer centrala i medicinsk forskning än för de interventioner som kan bli aktuella inom arbetsmarknads- och utbildningspolitiken.

3.1.4.5 *Datainsamling*

Datainsamlingen kan utnyttja kombinationer av enkäter (till deltagare och handläggare) och registerinformation som den verkställande myndigheten samlar in även i frånvaro av den randomiserade insatsen. I normalfallet är den verkställande myndigheten den naturliga resursen vid datainsamling, men självfallet måste datainsamlingen planeras innan försöket sätter igång och ansvariga forskare måste ges rätten och skyldigheten att påverka både vilka data som samlas in och hur eventuella enkäter utformas.

Det är viktigt att betona att datainsamlingen måste omfatta såväl deltagare som icke-deltagare, och att uppgifterna för dessa grupper måste samlas in på ett likartat sätt. Det innebär att både såväl metod för datainsamling som utformning av information måste vara identisk för alla individer. I det fall administrativa data från verkställande myndighet används för utvärderingen måste eventuella skillnader i informationsinhämtning mellan deltagare och icke-deltagare beaktas. Det kan exempelvis vara lättare att inhämta information om deltagarnas situation i de fall insatsen innefattar mer frekventa kontakter med utförande myndighet. Ett sätt att säkra datafångsten för kontrollgruppen kan då vara att låta dem också få del av en lättare intervention (informationsmöten, etc).

Det är också viktigt att uppgifter om insatsens kostnader (inte enbart de kostnader som direkt handlar om att organisera/genomföra försöket) samlas in. Detta är inte alltid en trivial uppgift – hur ska exempelvis olika typer av overhead-kostnader fördelas mellan försök och ordinarie verksamhet? Kostnadsuppgifter är emellertid nödvändiga om man vill avgöra inte bara om en insats ger en positiv kausal effekt på en målvariabel, utan också om den gör det till en rimlig kostnad.

3.2 Metoder för att utvärdera insatser med kvasiexperimentella metoder och observationsdata

Identifikation av kausala effekter med hjälp av observationsdata i frånvaro av ett randomiserat försök kan göras på ett antal sätt. Gemensamt för dem är att man antar att designen innebär att under de antaganden som görs i en viss ansats är det slumpmässigt vem som får respektive inte får ta del av en insats. I vissa ansatser kan implementering av en insats vara gjord så att en situation som påminner om randomisering uppstår. Annars kan kunskap om hur insatser fördelas innebära att det blir slumpmässigt vem som får insatsen under förutsättning att man kan observera och ta hänsyn till de faktorer som styr tilldelningen av insatser. I det här avsnittet redogör vi för de vanligaste sätten att genomföra studier som baseras på observationsdata och vad man bör tänka på för att utvärdering ska kunna genomföras för att möjliggöra sådana utvärderingar. Vi kommer också att behandla för- och nackdelar med de olika metoderna.

Innan diskussionen av olika kvasiexperimentella metoder vill vi påpeka att kvasiexperimentella metoder generellt har vissa fördelar framför RCT. För det första är kvasiexperimentella metoder billigare. Huvudorsaken är att man huvudsakligen kan utnyttja redan insamlade registerdata. För det andra är metoderna praktiska. I många sammanhang krävs inget tids- och resurskrävande samarbete med den som verkställer olika insatser (förutsatt att man i förväg tänkt på vissa saker i genomförandet som vi diskuterar nedan). Slutligen är kvasiexperimentella metoder inte förknippade med etiska problem – interventionerna är redan genomförda och data hämtas huvudsakligen från register utan att involvera interventioner som berör dem som tagit del av insatserna. Den viktigaste fördelen med RCT är att man, om försöket genomförs på ett korrekt sätt, med säkerhet får en internt valid skattning, medan andra metoders validitet vilar på antaganden som inte kan testas.

3.2.1 Regressionsdiskontinuitetsdesign (RDD)

RDD kan användas om deltagandet i en insats beror på en regel, där individer över (under) en brytpunkt får (inte får) ta del av en insats. Ett exempel där RDD använts är insatser där endast individer över (eller under) en viss ålder kan komma i fråga för en insats.⁶

Ju närmare brytpunkten en individ befinner sig, desto större är chansen att det enda som skiljer individerna åt är just att de befinner sig på olika sidor om brytpunkten. En konsekvens av detta är att det finns en avvägning att göra mellan att utnyttja endast individer som ligger nära brytpunkten (vilket kan ge upphov till små stickprov och oprecisa skattningar) och att utnyttja observationer på individer i bredare intervall runt brytpunkten (ger risk för att individerna inte är helt jämförbara med åtföljande hot mot den interna validiteten).

Fördelar med RDD

Urval av deltagare baseras alltid på någon form av beslutsregel. Om regeln kan utformas utifrån mätbara faktorer finns goda möjligheter att utvärdera effekterna av insatsen. En mätbar beslutsregel kan också framstå som transparent och rättssäker. Det är också möjligt att kombinera ihop olika urvalsfaktorer till ett index eller att använda flera brytpunkter. Ett exempel är att RDD skulle kunna användas för att skatta effekter av att erbjuda personer som fyllt 65 år avgiftsfri influensavaccinering.

Effekten av insatsen mäts genom att jämföra individer som precis uppfyllt minimikraven för att få del av insatsen, med de som precis missat kravnivån. Grupperna är väldigt lika vad gäller de faktorer som avgör urvalet, men de ges olika möjligheter att delta i insatsen. Effektskattningarna har därför i allmänhet mycket god tillförlitlighet (de är internt valida), och resultaten kan åskådliggöras grafiskt. Jämförbarheten hos individer nära brytpunkten kan belysas genom att undersöka eventuella skillnader i förbestämda egenskaper. Om exempelvis inte bara sannolikheten att få en insats utan även (exempelvis) skolbetyg hoppar vid tröskelvärdet på (exempelvis) ålder, så kan ju eventuella skillnader i utfall (hopp i utfall vid tröskelvärdet) även bero på hoppet i betyg.

En annan fördel med metoden är att man inte är beroende av data som täcker tid före insatsen.

Nackdelar med RDD

Beslutsregeln måste baseras på faktorer som kan mätas och som kan anta många värden (kontinuerliga variabler). Vidare bör det finnas förhållandevis många individer nära brytpunkten för att mätningarna ska bli tillförlitliga. Brytpunkten bör inte heller sammanfalla med existerande begränsningsregler för andra insatser.

Brytpunktsanalyser mäter effekter för de individer som befinner sig nära brytpunkten. Mätningarna är därmed särskilt informativa om effekten av marginella justeringar av insatsens omfattning. En annan sida av samma mynt är därför att man kan vara orolig över metodens externa validitet – det är inte omöjligt att individerna på ömse sidor av brytpunkten är speciella och att resultaten därför inte kan generaliseras till andra grupper i målpopulationen.

Genomförande av RDD

Begränsningsregler förekommer inom alla politikområden där insatser inte ges till samtliga individer. Det innebär att metoden är användbar inom många politikområden.

Organisation och administration

Organisatoriskt och administrativt innebär insatser med begränsningsregler ingen eller minimal extra belastning. Det centrala är att regelverket som specificerar begränsningen är känt och följs, vilket bör ske oavsett om regeln utnyttjas för en utvärdering eller inte. Eventuellt extra arbete uppstår om insamling av data, utöver vad som ändå sker, blir nödvändig för utvärderingsändamål.

⁶ Bor m.fl. (2014) diskuterar hur RDD kan användas i epidemiologiska sammanhang.

Samarbete med verkställande myndighet

Utvärderingar som bygger på begränsningsregler ställer låga krav på samarbete mellan myndigheter. Det samarbete som i första hand kan bli aktuellt rör samarbete om inhämtande av data. Samarbetet kan dels avse genomförande av enkätstudier, dels innebära att den verkställande myndigheten tillhandahåller detaljerad information om hur ”nära gränsen” för behörighet olika individer ligger.

Volymer

Det finns ingen gyllene regel om hur många individer som behöver delta i en insats för att precisionen i de skattade effekterna ska bli tillräckligt stor. Hur stor volym som behövs bestäms, precis som i fallet med randomiserade studier, bl.a. av hur stor effekt man rimligen kan förvänta sig och varje utvärdering bör därför föregås av en välinformerad uppskattning av hur stora effekter man kan förvänta sig som en grund för en beräkning av hur stort antal deltagare som krävs för en tillräcklig precision. En viktig skillnad mot randomiserade studier är att kostnaden för att uppnå en större volym inte nödvändigtvis stiger på samma sätt som den i normalfallet gör i randomiserade studier.

Etiska frågor

Grundregeln är att all forskning som innebär hantering av känsliga personuppgifter och matchning av enkätinsamlad information med registerdata ska etikprövas.

Datainsamling

Datainsamlingen kan utnyttja kombinationer av enkäter till deltagare och handläggare och registerinformation som den verkställande myndigheten samlar in även i frånvaro av effektstudien. I normalfallet är den verkställande myndigheten den naturliga resursen vid datainsamling, men självfallet måste datainsamlingen planeras innan utvärderingen inleds och ansvariga forskare måste ges rätten och skyldigheten att påverka både vilka data som samlas in och hur eventuella enkäter utformas.

Även när man genomför kvasi-experimentella studier är det viktigt att uppgifter om insatsens kostnader samlas in. Detta är inte alltid en trivial uppgift – hur ska exempelvis olika typer av overhead-kostnader fördelas mellan försök och ordinarie verksamhet? Kostnadsuppgifter är emellertid nödvändiga om man vill avgöra inte bara om en insats ger en positiv kausal effekt på en målvariabel, utan också om den gör det till en rimlig kostnad.

3.2.2 Differences in differences (DiD)

Grundtanken med differences in differences (DiD) är att man utnyttjar att många reformer har regelverk som innebär att vissa grupper av individer påverkas (försöksgrupp), samtidigt som andra inte gör det (kontrollgrupp). Ett enkelt sätt att skatta reformeffekten är att jämföra försöksgruppens utfall före och efter reformen och att tillskriva reformen en eventuell skillnad. Om man gör så riskerar man att tillskriva reformen effekter som i själva verket beror på andra faktorer som också ändras över tid, exempelvis andra samtidiga reformer eller beteendeförändringar som beror på helt andra saker. En mer genomtänkt strategi är att använda kontrollgruppen för att fånga upp effekter av allt annat som också ändras över tid. Man får då reformeffekten genom att subtrahera kontrollgruppens förändring från försöksgruppens.

I allmänhet kommer grupperna inte att vara perfekt jämförbara – det finns oftast en anledning till att insatsen inte ges till alla. Det kan till exempel vara så att reformen innebär att insatsen erbjuds personer med ett blodtryck över ett visst gränsvärde. Det viktiga för DiD är att både gruppen med högt och gruppen med lågt blodtryck i detta exempel påverkas på samma sätt av alla andra förändringar över tid. Kontrollgruppens förändring kommer i DiD att fånga upp faktorer som påverkar alla grupper på ett likartat. Uppenbarligen förutsätter detta att de grupper man jämför påverkas på samma sätt av alla relevanta faktorer. Det är möjligt att undersöka rimligheten i detta antagande genom att studera utvecklingen i de olika grupperna före reformen.

DiD kan användas när man har en situation där väldefinierade grupper erbjuds respektive inte erbjuds en insats. Detta kan naturligtvis inträffa ”spontan”, men det finns också möjligheter att i förväg skapa situationer där DiD kan användas. En sådan möjlighet är stegvis implementering av reformer.⁷

Tanken med stegvis implementering är att skapa en kontrollgrupp genom att inte ge ”samma sak för alla samtidigt”. Det kan också handla om att först ge insatser för vissa åldersgrupper, för barnfamiljer med ett barn eller för enbart dem som har en viss utbildningsbakgrund. Man kan också genomföra åtgärder stegvis i olika geografiska regioner. Vår diskussion exemplifierar utifrån att en insats införs stegvis i olika regioner.

Tanken är då att låta individer i vissa regioner få del av en insats först medan individer i andra regioner får ta del av insatsen senare (eller inte alls). Om inte alla delar av landet slutligen omfattas av insatsen brukar implementeringen i stället benämnas försöksverksamhet.

Vid stegvist genomförande är det vid en given tidpunkt så att en delmängd av en målpopulation exponeras för en förändring (behandling/intervention). Den bärande idén i DiD är, som vi har sett, att jämföra förändringar i utfall bland de exponerade med utfall bland dem som inte blev exponerade. Metoden förutsätter alltså att man har tillgång till utfallsdata från minst två tidpunkter (före/efter).

Fördelar med DiD

Metoden beaktar såväl tidskonstanta skillnader mellan regioner som allmänna tidstrender i de utfall som studeras. Det skapar relativt goda förutsättningar för att fastställa trovärdiga orsakssamband. Om man vill öka trovärdigheten i utvärderingen kan deltagande regioner väljas ut slumpmässigt. Det medför dessutom att urvalet blir representativt för riket.

Nackdelar med DiD

Medan såväl randomiserade försök som begränsningsregler kan vara användbara för effektskattningar såväl när en insats introduceras som när den redan finns på plats är successiv implementering bara möjlig i samband med att en insats införs/har införts (eller förändras påtagligt).

Det kan också vara svårt att hitta regioner/grupper som skulle ha haft likartad utveckling i frånvaro av reformen, i synnerhet om insatsen riktas till regioner/grupper som är mer eller mindre unika, såsom storstadsområden eller regioner med speciella förutsättningar. I allmänhet framstår det också som troligare att utvecklingen i olika regioner eller grupper är mer likartad ju kortare uppföljningsperioden är, varför ansatsen är mindre lämplig för att studera långsiktseffekter av reformer.

Generaliserbarhet

Effektskattningarna avser de regioner som får del av insatserna (först), vilket innebär att de också fångar upp eventuella implementeringsproblem. Den geografiska avgränsningen gör dessutom att resultaten kan vara svåra att generalisera. Det är därför viktigt att försöka introducera insatsen i många (men inte alla) delar av landet samtidigt.

Genomförande av DiD

Successiv implementering kan användas när en insats ska introduceras och när det är möjligt att se till att inte alla berörs av detta samtidigt. I sak innebär detta att metoden kan användas inom de flesta tänkbara politikområden. Ansatsen kan rimligen ge kunskaper både om effekter för de som deltar i insatsen och de som inte gör det.

Urvalet av deltagare bör inte baseras på skillnader i förändringar av utfall före reformen, då det gör det mindre troligt att regionerna skulle ha haft samma utveckling i frånvaro av reformen. Om insatser ska utvärderas med hjälp av stegvis introduktion bör man därför undvika att exempelvis dela ut mer förmedlingsinsatser till regioner där arbetslösheten ökar mest eller ge extra stöd till skolor med sämst resultatutveckling.

⁷ Det finns en relativt ny litteratur som diskuterar skattning av DiD med stegvist genomförda insatser. Se exempelvis de Chaisemartin och D’Haultfoeuille (2020).

Organisation och administration

Stegvis introduktion förutsätter dels ett urval av deltagande regioner, dels en fördelning av insatser till utvalda regioner. Försöksverksamhet som innebär avsteg från gällande lagstiftning kan dessutom behöva särskild reglering där deltagande regioner specificeras.

Samarbete med verkställande myndighet

Urval och fördelning av insatser kan med fördel utföras av centralt utförande myndighet. Om sådan saknas kan en särskild organisation behöva inrättas. Den regionala fördelningen av insatsen kan tillgodoses genom kontroll över insatsens ekonomiska eller personella resurser. Om central utförande myndighet saknas kan insatsen fördelas genom statsbidrag till sökande regioner.

Volym

Stegvis introduktion av insatser sker vanligen i olika regioner. Det innebär att antalet observationer i praktiken begränsas till antalet deltagande regioner, även om antalet individer som omfattas av insatsen är betydligt större. Därmed försämras precisionen i effektskattningarna. Det är därför viktigt att de regionala enheterna inte är för få, varför det är exempelvis är lämpligare att införa reformer stegvis i olika kommuner än i olika län.

Etiska frågor

Grundregeln är att all forskning som innebär hantering av känsliga personuppgifter och matchning av enkätinsamlad information med registerdata ska etikprövas.

Datainsamling

Datainsamlingen kan utnyttja kombinationer av enkäter till deltagare och handläggare och registerinformation som den verkställande myndigheten samlar in även i frånvaro av effektstudien. I normalfallet är den verkställande myndigheten den naturliga resursen vid datainsamling, men självfallet måste datainsamlingen planeras innan utvärderingen inleds och ansvariga forskare måste ges rätten och skyldigheten att påverka både vilka data som samlas in och hur eventuella enkäter utformas.

Utvärdering av reformer som introduceras stegvis baseras på skillnader i förändringar av utfall mellan regioner som omfattas av reformen vid olika tillfällen. Det är därför nödvändigt att samla in data på utfall både före och efter reformen. Dessutom behövs uppgifter om såväl deltagande regioner som de regioner som inte omfattas av reformen.

Även när man genomför kvasi-experimentella studier är det viktigt att uppgifter om insatsens kostnader samlas in. Detta är inte alltid en trivial uppgift – hur ska exempelvis olika typer av overhead-kostnader fördelas mellan försök och ordinarie verksamhet? Kostnadsuppgifter är emellertid nödvändiga om man vill avgöra inte bara om en insats ger en positiv kausal effekt på en målvariabel, utan också om den gör det till en rimlig kostnad.

3.2.3 Matchningsmetoder

Den mest typiska anledningen att ett signifikant samband mellan två variabler (säg, Y och X) inte betyder att det finns ett orsakssamband mellan dem är att en skattning av Y som en funktion av enbart X sannolikt utelämnar andra variabler som har samband med både Y och X. Om så är fallet innebär skattningen av Y som en funktion av enbart X att allt samband som Y och X har gemensamt med alla utelämnade variabler felaktigt kommer att tillskrivas X, så att den skattade "effekten" av X på Y fångar upp mycket annat. Om exempelvis bättre tillgång till öppenvård leder till öppenvårdsbesök och att fler personer i en population diagnosticeras med högt blodtryck, så kan det positiva samband mellan antalet öppenvårdsbesök och den uppmätta förekomsten av högt blodtryck som skulle uppkomma på detta sätt rimligen inte tolkas som att öppenvårdsbesök orsakar högt blodtryck. Om tillgång till öppenvård är den enda faktor som påverkar både mängden öppenvårdsbesök och antalet personer som diagnosticeras med högt blodtryck, så kan vi skatta den kausala effekten av öppenvårdsbesök på diagnosticerat högt blodtryck genom att på lämpligt sätt skatta antalet personer med diagnosticerat högt blodtryck som en funktion av både tillgången till öppenvård – detta ger en

korrekt skattning av den sökta effekten. Detta kan göras med regressionsanalys, men vanligen använder man olika former av matchning för att skatta kausala effekter när man har data som medger att man kan ta hänsyn till de faktorer som både påverkar den variabel man vill skatta effekten av och det utfall man är intresserad av. Ett sätt att beskriva metoden är att den går ut på att skapa "statistiska tvillingar", som i alla mätbara relevanta avseenden är "lika" och har samma sannolikhet att ta del av den studerade insatsen. Eftersom dessa tvillingar ska ha samma sannolikhet att ta del av insatsen i fråga är det slumpmässigt vem som gör det och i genomsnitt kommer deltagare och icke-deltagare att ha jämförbara egenskaper. Eventuella skillnader i utfall mellan grupperna kommer därför att kunna tillskrivas deltagandet.

Fördelar med matchning

Den stora fördelen med matchning är att metoden är användbar i alla situationer där vi har tillgång till rik information om individerna i målgruppen så att vi kan hitta "tvillingar" att jämföra. Exempelvis är metoden användbar såväl när en insats introduceras som när den redan används. Uppenbarligen är metoden också billig – man utnyttjar i normalfallet enbart redan insamlade registeruppgifter.

Nackdelar med matchning

Nackdelen med matchning är att metoden ger korrekt skattade effekter endast om man faktiskt har data som innefattar alla faktorer som spelar roll både för att ta del av insatsen och hur insatsen är förknippad med olika utfall. Detta blir naturligtvis mer troligt om man har tillgång till rika data, men om något som inte observeras spelar en viktig roll ger metoden felaktiga skattningar.

Generaliserbarhet

Effekter som skattas med matchning är giltiga för alla som man kan hitta en "tvilling" till. Metoden innebär i själva verket att man bara kan skatta effekter för individer som i termer av tillgängliga relevanta data har liknande egenskaper. Det är också relativt rättfram att undersöka om effekterna är heterogena över olika delpopulationer om data så tillåter.

Genomförande av matchning

Matchning kan användas inom de flesta politikområden förutsatt att den studerade insatsen är väl dokumenterad och att det går att hitta matchade individer. Eftersom det handlar om en registerbaserad metod är det viktigt att personnummer på målgruppen (deltagare och icke-deltagare) sparas så att så mycket registerinformation som möjligt kan användas i analysen.

Organisation och administration

Organisatoriskt och administrativt innebär matchning ingen eller minimal extra belastning. Det centrala är att personnummer för insatsens målgrupp är tillgängliga samt att eventuellt viss extra datainsamling kan vara nödvändig.

Samarbete med verkställande myndighet

Utvärderingar som utnyttjar matchning ställer låga krav på samarbete mellan myndigheter. Det samarbete som i första hand kan bli aktuellt rör samarbete om inhämtande av data.

Volym

Det finns ingen gyllene regel om hur många individer som behöver delta i en insats för att precisionen i de skattade effekterna ska bli tillräckligt stor. Hur stor volym som behövs bestäms, precis som i fallet med randomiserade studier, bl.a. av hur stor effekt man rimligen kan förvänta sig och varje utvärdering bör därför föregås av en välinformerad uppskattning av hur stora effekter man kan förvänta sig som en grund för en beräkning av hur stort antal deltagare som krävs för en tillräcklig precision.

En viktig skillnad mot randomiserade studier är att kostnaden för att uppnå en större volym inte nödvändigtvis stiger på samma sätt som den i normalfallet gör i randomiserade studier. Handlar det om att enbart utnyttja befintlig registerinformation ökar kostnaden väsentligen inte alls med ett större antal observationer.

Etiska frågor

Grundregeln är att all forskning som innebär hantering av känsliga personuppgifter och matchning av enkätinsamlad information med registerdata ska etikprövas.

Datainsamling

Datainsamlingen kan utnyttja kombinationer av enkäter till deltagare och handläggare och registerinformation som den verkställande myndigheten eller andra myndigheter samlar in även i frånvaro av effektstudien. I normalfallet är den verkställande myndigheten den naturliga resursen vid datainsamling, men självfallet måste datainsamlingen planeras innan utvärderingen inleds och ansvariga forskare måste ges rätten och skyldigheten att påverka både vilka data som samlas in och hur eventuella enkäter utformas.

3.2.4 Interrupted time series (ITS)⁸

Utgångspunkter

I situationer där man inte kan skapa en kontrollgrupp för att identifiera kausala effekter av en insats används ibland en design som kallas interrupted time series (ITS). Med ITS använder man data från tidpunkter såväl före som efter det att en insats initierats. Tanken är att använda data från före-perioden för att skatta en tidsseriemodell som kan extrapoleras till efter-perioden och fungera som ersättning för en kontrollgrupp. Skillnader mellan den faktiska utvecklingen och den predicerade blir då ett mått på insatsens effekt vid olika tidpunkter efter interventionen. Metoden skulle exempelvis kunna användas för att skatta effekter på psykisk hälsa av händelser som kan påverka alla samtidigt, exempelvis COVID-19.

Fördelar med ITS

En uppenbar fördel med ITS är att designen i princip medger skattning av kausala effekter även i situationer där en kontrollgrupp inte kan skapas (exempelvis när alla i en målpopulation får ta del av insatsen samtidigt).

Nackdelar med ITS

Den uppenbara nackdelen med ITS är att den faktiska utvecklingen för den behandlade gruppen kan påverkas av annat än den studerade insatsen. Denna risk är sannolikt mindre direkt när insatsen introduceras (förutsatt att inte andra betydelsefulla händelser inträffar samtidigt som den studerade insatsen). Men ju längre fram i tiden vi kommer, desto större är sannolikheten att den faktiska utvecklingen påverkas av annat än den studerade insatsen och att därmed ITS inte kan användas för att skatta en kausal effekt på längre sikt. Vidare fungerar metoden inte bra om insatsen introduceras gradvis eller vid mer än en tidpunkt.

Generaliserbarhet

Den typiska situationen där ITS kan komma i fråga är när hela målpopulationen tar del av en insats. Generaliserbarheten (extern validitet) är därför inget påtagligt problem i ITS.

Genomförande av ITS

Eftersom ITS innebär att man skattar en modell på data som föregår den studerade insatsen, helst med en lång serie observationer, kan metoden inte användas i frånvaro av datainsamling (mätning av intressanta utfall) som inlett i god tid. I övrigt förutsätter ansatsen inget särskilt när det gäller genomförandet.

Organisation och administration

Organisatoriskt och administrativt innebär ITS ingen eller minimal extra belastning utöver det som eventuellt sammanhänger med insamling av data i förväg.

Samarbete med verkställande myndighet

ITS innebär mycket små krav på samarbete med verkställande myndighet – det samarbete som kan bli aktuellt rör möjligen framförhållning med datainsamling.

Volym

Volymen är inget problem, men det faktiska antalet observationer ges inte av antalet deltagare, utan av antalet observationer i tidsdimensionen.

⁸ ITS diskuteras exempelvis i Kontopantelis et al. (2015).

Etiska frågor

Grundregeln är att all forskning som innebär hantering av känsliga personuppgifter och matchning av enkätinsamlad information med registerdata ska etikprövas. I fallet med ITS är detta inget problem, då det som utnyttjas är aggregerade data.

Datainsamling

Det som måste beaktas när ITS används är att utfallsdata måste finnas tillgängliga redan för en väl tilltagen period innan den studerade insatsen implementeras.

4 Tillämpning av hälsoekonomiska metoder inom folkhälsoområdet

4.1. RCT-baserade ekonomiska utvärderingar

Ekonomiska studier som baseras på randomiserade kontrollerade studier (RCT) är ganska sällsynta inom folkhälsoområdet, men det finns vissa exempel. Studier som bygger på RCT brukar ha en begränsad att tidshorisont och försöken oftast inte genererar alla de data som är relevanta för analysen.⁹

4.1.1 Utgångspunkter och genomförande

Två sorters data samlas in, nämligen kostnader och utfall (se även figur 1). Kostnader är insatskostnaderna (vad insatsen kostar att genomföra), medan konsekvenser är insatsens utfall som kan räknas om till (exempelvis) monetära effekter eller hälsoeffekter (vad insatsen leder till). Notera att kostnaderna och de monetära effekterna ibland värderas på samma sätt, men identifieras olika. Exempelvis kan arbetstid för pedagoger vara en del av insatsens resursåtgång. Men om insatsen leder till färre pedagogstimmar i framtiden är arbetstiden för det extra pedagogiska stödet en resursbesparing, en monetär effekt. Först blir samma resurs en kostnad och sedan en besparing.

Kostnaderna för att genomföra insatsen, även kallade interventionskostnaderna, bör samlas in under projekttiden. Vilka kostnader som bör inkluderas beror på vilket syfte, avgränsning och perspektiv man har valt för den ekonomiska utvärderingen. I synnerhet utvärderingens perspektiv har en stor betydelse och bestämmer vilka kostnader/besparingar som samlas under studien. Det betyder att studien måste utgå från en hypotes om förväntade effekter som styr vilka data som bör samlas in.¹⁰

Den valda tidsperioden beskrivs ofta utifrån studieperioden och kostnader och konsekvenser beräknas endast under den här tiden och utvärderingen utgörs på kort sikt. Valet av tidsperiod bestämmer också vilka relaterade konsekvenser som kan inkluderas i utvärderingen.

Hälsoutfall måste bestämmas i förväg och ofta är det önskvärt att mäta förbättringar i hälsorelaterad livskvalitet och uttrycka effekter i QALYs.¹¹ Emellertid är det inte alltid relevant för en RCT som används för att utvärdera en folkhälsoinsats. Ganska ofta mäter man hälsoeffekter i endimensionella enheter, som andel personer som slutar röka, ökat andel som fysiskt aktiva, minskat andel riskbrukare av alkohol, etc.

I tabell 2 nedan finns det en checklista för att planera ekonomisk utvärdering av folkhälsoinsats som baseras på RCT

⁹ Noggrann planering innebär att man ofta kan identifiera kompletterande datakällor (exempelvis registerdata) som kan användas i analysen.

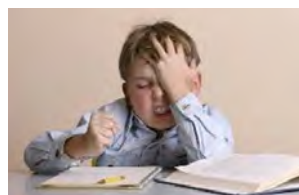
¹⁰ Det kan till exempel vara att folkhälsoinsatsen leder till minskat behov av stöd från kommunen (som då måste mätas) och som dessutom kan uppkomma under studiens uppföljningstid.

¹¹ QALYs – Quality Adjusted Life Years (Kvalitetsjusterade levnadsår)

Tabell 2. Checklista för planerad hälsoekonomisk utvärdering som baseras på RCT

Komponenter i ekonomisk utvärdering inom RCT	Exempel – ekonomisk utvärdering av föräldrastödsprogram
Identifiera fråga	Är det värt införa ett föräldrastödsprogram?
Identifiera intervention och jämförelsealternativ	Intervention – föräldrastödsprogram Jämförelse – inget program
Tidshorisont - datainsamlingsperiod	Studien pågår under 6 månader
Definiera hälsoutfall	Andel barn med klinisk nivå av utagerande beteende, hälsorelaterad livskvalitet (barn och föräldrar)
Analysperspektiv	Betalarsperspektiv
Samla data för interventionskostnader	Beräkna utbildningstid + tid att leverera programmet (för relevant arbetskraft)
Samla data för resurskonsumtion	Utveckla en enkät för föräldrar för att samla data om hälso-och sjukvård, extrastöd, produktionsbortfall, etc.
Typ av analys	CEA, CUA

4.1.2 Exempel: Ekonomisk utvärdering av fyra föräldrastödsprogram och en bok för föräldrar med barn som har uppförandeproblem¹²



Fråga: Skatta kostnadseffektiviteten i fyra föräldrastödsprogram och en bok om föräldrastrategier som syftar till att minska utagerande beteendeproblem hos barn mellan två och sexton år.

Interventioner: *Program:* Komet (Comet), Otroliga åren (Incredible Years), Cope, Connect, *Boken:* föräldrastrategier, "Fem gånger mer kärlek"

Jämförelsealternativ: Väntelista - inget program/bok

Tidshorisont – fyra månader, innan föräldrar från väntelistan började något föräldrastödsprogram

Hälsoutfall –nivå på utagerande beteende, andel barn med klinisk nivå av utagerande beteende.

Interventionskostnader - utbildning och genomförande

Resurskonsumtion – data på konsumerade samhällsresurser, så som hälso-och sjukvård, extra stöd, produktionsbortfall, saknas

Analysperspektiv – betalarsperspektiv

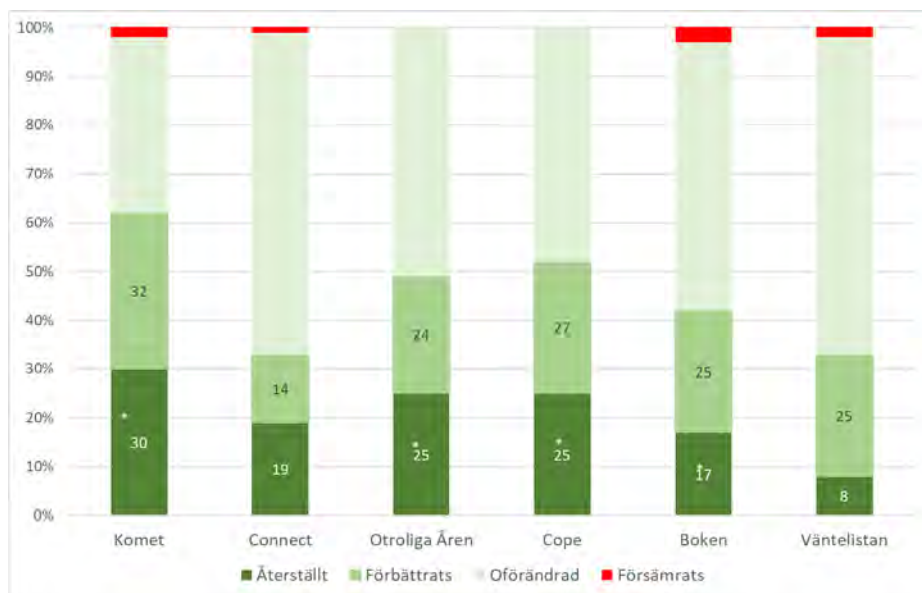
Typ av analys - kostnadseffektivitetsanalys

Föräldrar av barn med utagerande beteendeproblem (1000 personer) var randomiserade till ett av programmen, boken eller väntelistan. Datainsamlingen var gjort med hjälp av frågeformulär vid basline (innan interventionen) och post-test (4 månader efter interventionernas start). Hälsoutfall insamlades med *Eyberg Child Behavior Inventory* där föräldrar rapporterar utagerande beteende hos sina barn. Effekten beräknades som antalet barn ("fall") som efter insatsen *inte* hade uppförandeproblem, jämfört med kontrollgruppen. Interventionskostnader definieras som **utbildningskostnader** (kursavgift, resekostnader, lönekostnader, marknadsföring) och **implementeringskostnader**– utförarens tid till förberedelse/implementering, kursmaterial, hyra av lokal, programlicens). Andra kostnader som påverkades av insatsen var föräldrars tid att delta i programmet/läsa boken.

Effektutvärderingen visar att alla insatser vara effektiva vad det gäller andelen barn som flyttade från klinisk till icke-klinisk nivå av utagerande beteende jämfört med väntelistan, förutom Connect ($p=0,064$). Parvisa jämförelser visade på signifikanta skillnader mellan boken och Comet (Comet hade

¹² Se (Sampaio et al. 2016)

en statistiskt signifikant högre andel friska barn än boken). Som vi ser i Figur 6, är andelen friska + förbättrade barn ca 62% för Comet, 49% för Otroliga Åren, 50% för COPE och 40% för Boken. Comet hade den högsta andelen friska barn vid eftertestet, medan Connect hade den lägsta, se figur 6.



Figur 6. Effektivitet av olika föräldrastödsprogram jämfört med väntelistan (* markerar signifikanta avvikelser)

Medelkostnader per barn varierar för olika insatser, från 100 kr för boken till ca 10 000 kr för Otroliga Åren (IY). För varje program räknades också en kostnad för ett undviket kliniskt fall av utagerande beteende, se tabell 3.

Tabell 3. Kostnader per ett undvikt kliniskt fall av utagerande beteende för olika föräldrastödsprogram och boken

Intervention	Kostnader per ett undvikt fall (SEK)
Komet	26 187
Otroliga Åren (IY)	46 676
Cope	8 379
Boken	3 381

Vi såg bara en signifikant skillnad mellan programmen/boken vad det gäller effekter (Komet vs boken).

Slutsatser för utvärdering som kan presenteras till beslutsfattare:

- Boken är ett billigt och effektivt alternativ, 3 381 kr per undvikt fall av uppförandeproblem
- Olika typer av insatser fungerar olika bra beroende på individerna som får den – vi kanske borde erbjuda en blandning?

Styrkor och svagheter i utvärderingen. Studien omfattar ett stort urval och använde randomisering – detta bidrar till trovärdigt skattade effekter. Emellertid har denna studie en del begränsningar, bland annat kort tidsperspektiv (4 månader), begränsade data för kostnader (vi tittade inte på resursförbrukning för uppförandeproblem), inga hälsoeffekter som kan översättas till QALY, så att vi kan jämföra dessa resultat med andra studier/insatser.

Vad kan man göra bättre? Viktigt att planera en hälsoekonomisk utvärdering tillsammans med RCT. Då måste relevanta utfallsmått som kan översättas till QALYs insamlas och ytterligare relevanta samhällskostnader samlas in. I det här fallet är kostnader för extrastöd för barn i skola, hälso- och sjukvårdskostnader och även produktionsbortfall för föräldrar kan påverkas av interventionen och ge en mer nyanserad bild av samhällsresurskonsumtion/besparingar

4.2. Registerbaserade ekonomiska utvärderingar

4.2.1 Utgångspunkter och genomförande

Registerstudier är ett växande område inom hälsoekonomin och våra goda möjligheter att arbeta med register i Sverige gör detta till ett mycket spännande fält. Registerdata kan användas som input i många typer av hälsoekonomiska utvärderingar.

Hälsoekonomisk utvärdering med hjälp av registerdata är en kraftfull metod för att bedöma värdet av olika folkhälsoinsatser genom att jämföra deras kostnader och effekter. När hälsoekonomiska utvärderingar använder registerdata är det avgörande att fastställa studerande effekter och i de här fallen används olika metoder som beskrivs i avsnitt 3.2. Registerbaserade hälsoekonomiska studier utnyttjar befintliga data från svenska register, som innehåller information om olika samhällsinsatser, bland annat behandlingar och omhändertaganden. Registerbaserade utvärderingar brukar vara forskningsresursbesparande och effektiva för storskalig analys. Tillvägagångssättet är särskilt fördelaktigt för att genomföra kostnadseffektivitetsanalyser (se avsnitt 2).

Registerbaserade utvärderingar följer samma principer som illustreras i Figur 1 och innefattar att både kostnader och effekter av en insats beräknas. Kostnader att genomföra en policy (arbetsätt, folkhälsoprogram, etc.) måste beräknas separat och det måste planeras inför implementering av det

utvärderade programmet (policy, arbetssätt, etc.). Däremot hämtas övrig information från register. Beroende på tillgång till register och studiens syfte, kan olika kostnader inkluderas i analysen. På samma sätt som i RCT-baserade utvärdering, måste avgränsning och perspektiv väljas och studien måste utgå från en hypotes om att till exempel en folkhälsoinsats påverkar hälsa och behov av hälso- och sjukvård samt sjukfrånvaro.

Den valda tidsperioden bestäms ofta utifrån tillgång till registerdata och hur långt tillbaka man vill gå. Det som är absolut avgörande är valet av jämförelsealternativ. Om exempelvis en ny policy rullas ut successivt i olika regioner kan de regioner som ännu inte fått insatsen fungera som jämförelsealternativ. Jämförelsealternativet måste bestämmas i förväg, för att successivt samla nödvändiga data för både insatsen och jämförelsealternativet. Valet av tidsperiod bestämmer också vilka konsekvenser som kan inkluderas i utvärderingen. Hälsoutfall måste också bestämmas i förväg enligt hypotesen och att det ska vara möjligt att fastställa dessa utfall utifrån tillgängliga registerdata.

I Tabell 4 nedan finns det en check-lista för att planera ekonomisk utvärdering av folkhälsoinsats som baseras på registerdata

Tabell 4. Checklista för ekonomisk utvärdering av folkhälsoinsats som baseras på registerdata

Komponenter i ekonomisk utvärdering som baseras på registerdata	Exempel – ekonomisk utvärdering av Salut – satsning i Västerbotten ¹³
Identifiera beslutsfråga	Är Salut-satsning ett effektivt och kostnadseffektivt arbetssätt?
Identifiera intervention och jämförelsealternativ	Intervention – Salut-satsning Jämförelse – arbetssätt innan implementering av Salut-satsning
Tidshorisont	2 år, från barnens födelsedag till 2 år
Definiera hälsoutfall	Utfall för mammor och barn vid förlösning, hälso- och sjukvårdskonsumtion för barn och mammor under 2 år
Analysperspektiv	Betalarsperspektiv (hälso- och sjukvård)
Samla data för interventionskostnader	Beräkna utbildningstid + tid att leverera programmet (för relevant arbetskraft)
Data för hälsoutfall	Samlas från respektive register
Data för resurskonsumtion	Beräknas utifrån data från respektive register
Typ av analys	CEA

I Sverige har vi mycket goda möjligheter att länka alla tillgängliga register via personnummer, som till exempel kan användas för att koppla samman barn och föräldrar.

4.2.2 Exempel: Hälsoekonomisk utvärdering av de långsiktiga resultaten av Salut-satsningen - en pågående multisektoriell strategi med förstärkta hälsofrämjande insatser för barn och föräldrar via den regionala offentliga sektorn¹⁴



Beslutsfråga: Bedöma effektivitet och kostnadseffektivitet av Salut - satsning

Interventioner: Salut – satsning i fyra pilotkommunerna i Västerbotten

¹³ Salut-satsningen, som startades i Västerbotten 2005, är en hälsoinsats för barn och ungdomar i linje med regionens mål att Västerbotten ska ha världens bästa och mest jämlika hälsa.

¹⁴ Se Haggstrom m.fl. (2017).

Jämförelsealternativ: Resten av Västerbotten, områden med senare implementering av SALUT-satsning

Tidshorisont – två år, från förlossning till barnets 2 år

Hälsoutfall – Utfall för mammor och barn vid förlossning,

Interventionskostnader - utbildning och genomförande

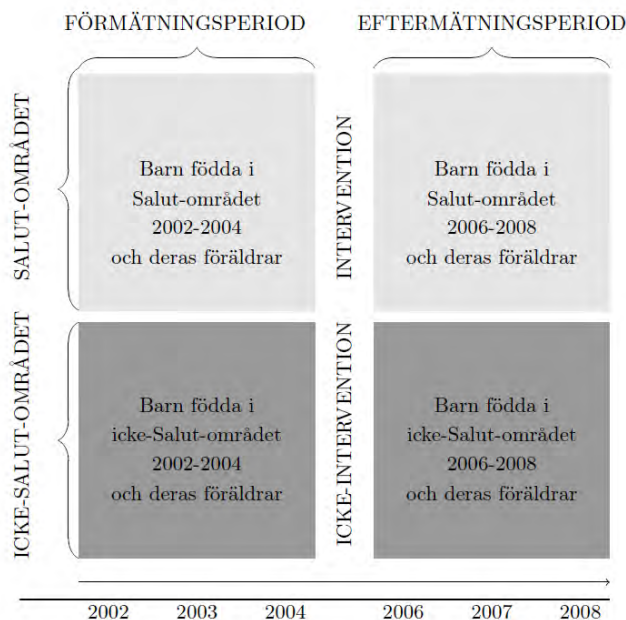
Samhällskostnader – konsumtion av sluten och specialiserad hälso- och sjukvård för mammor och barn, produktionsbortfall för mammor

Analysperspektiv – begränsat samhällsperspektiv

Typ av analys – kostnadseffektivitetsanalys

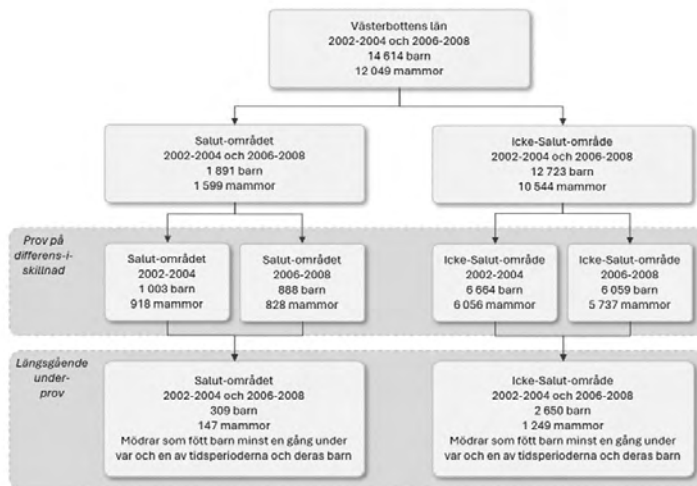
Syftet med Salut-satsningen är att alla barn och ungdomar 0–18 år ska nås av hälsofrämjande insatser under hela uppväxten, med början hos de blivande föräldrarna under graviditeten. Uppföljning av hälsodata, levnadsvanor och livsvillkor hos blivande föräldrar, barn och ungdomar är en del i satsningen. Befintliga insatser stärks och nya utvecklas och införs för olika åldersgrupper i syfte att förebygga ohälsa (psykisk ohälsa, övervikt, fetma och karies) och främja trygga och goda uppväxtvillkor, goda matvanor och ökad fysisk aktivitet. Hypotesen är att föräldrar och barn som exponeras för Salut-satsning, utöver sedvanlig vård, kommer att få omfattande hälsovinster till en rimlig kostnad, vilket kan leda till ett minskat behov av hälso- och sjukvård.

Salut-satsningen har genomförts sedan 2006, inledningsvis endast i delar av Västerbottens län, vilket skapade försöks- och kontrollgrupper. En registerbaserad retrospektiv observationsstudiedesign används för att dra nytta av de redan befintliga datakällorna avseende exponering och utfall. I studien simuleras ett experiment genom att retrospektivt identifiera och jämföra barn och deras föräldrar i Salut-området (försöksgrupp) och icke- Salut-området (kontrollgrupp) med en Differences-in Differences-design (se avsnitt 3.2.2 och Figur 7). En intention-to-treat-metod (ITT) används, vilket innebär att bostadsområdet vid barnets födelse avgör om barnet och föräldrarna klassificeras som tillhörande försöks- respektive kontrollgrupp. Detta innebär att vi inte vet exakt att alla föräldrar/barn inom Salut-område tog del av satsningen.



Figur 7. Studiedesign som används i utvärdering av Salut-satsning i Västerbotten, effektivitetsstudie och ekonomiska utvärderingsstudie.

Alla barn i denna studie är födda antingen under 2002–2004 eller 2006–2008. Interventionsgruppen består av 1891 barn födda av 1599 mödrar och kontrollgruppen består av 12 723 barn födda av 10 544 mödrar. Studiepopulationen och de urval som ska användas i de olika statistiska analysstrategierna visas i Figur 8. Antalet födselar, i Salut-området och i icke-Salut-området, under studieperioden bestämde urvalsstorleken. Olika register som länkades genom barnets personnummer användes i studien: Befolkningsregister, födelseregister, and nationalt patientregister. I difference-in-difference-analyserna (DiD; se beskrivning i avsnitt 3.2.2) användes det totala urvalet. För varje barn som föddes i Salut-området vid eftermätningen hittades matchande observationer i var och en av de tre andra grupperna: Salut-området före, icke-Salut-området före och icke-Salut-området efter. För varje utfall ansågs en observation vara en matchning (se beskrivning i avsnitt 3.2.3) om mamman vid tidpunkten för barnets födelse hade samma utbildningsnivå och liknande ålder som ålder som mamman till ett barn som fötts i Salut-området vid eftermätningen. Den genomsnittliga skillnaden över tid i Salut-området beräknades som skillnaden mellan det genomsnittliga utfallet i Salut-området vid eftermätningen och det genomsnittliga utfallet för de matchade observationerna från Salut-området före-mätningen. På samma sätt beräknades den genomsnittliga skillnaden över tid i icke-Salut-området som skillnaden mellan det genomsnittliga utfallet för de matchade observationerna från icke-Salut-området vid eftermätningen och det genomsnittliga utfallet



Figur 8. Hälsoekonomisk utvärdering av Salut-satsning i Västerbotten. Studiedesign, studiepopulationer och applicerade statistiska analyser.

av de matchade observationerna från icke-Salut-området vid före-mätningen. Den genomsnittliga behandlingseffekten på de behandlade (ITT) beräknades genom att subtrahera den genomsnittliga skillnaden över tid i icke-Salut-området från den genomsnittliga skillnaden över tid i Salut-området. Hälso- och sjukvårdskostnader uppskattades från information om användningen av resurser utanför Salut, såsom slutenvård för mödrar i samband med förlossning samt barns och mödrars sluten- och öppenvård på grund av sjukdom. Alla hälso- och sjukvårdsrelaterade kostnader beräknades för barnets första 2 år. Produktivitetstförluster på grund av mödrarnas sjukdom inkluderades i analysen

Kostnaden för Salut beräknades som 2060 kronor per barn. Sjukvårdskostnaderna var lägre i Salut-området på grund av mindre slutenvård för både mödrar och barn. Produktionsbortfall ökade i non-Salut områden men inte ändrats i Salut-området. När vi slår ihop interventionskostnader och inkrementella kostnader för Salut får vi kostnadsbesparing per barn som 4 300 kr. Ur båda kostnadsperspektiven gav programmet högre effekter och lägre kostnader jämfört med non-Salut område och är därmed kostnadsbesparande. Resultaten tyder på att Salut är en effektiv universell insats för att förbättra mödrars och barns hälsa och att insatsen kan ge bra valuta för pengarna.

Styrkor och svagheter för utvärderingen. Utvärderingen av Salutsatsningen utvärderades som den implementerades i nuvarande praxis, vilket innebär att resultaten har direkt relevans för policydesign. Användningen av befintliga registerdata, där exponering och utfall har samlats in rutinmässigt, minskar bortfall. De använda metoderna gör det möjligt att identifiera flera olika hälsoutfall för mödrar och barn. Å andra sidan begränsar den retrospektiva studiedesignen möjligheten att utvärdera om det fanns en inledande inlärningsperiod, under vilken programmets effektivitet var lägre. Begränsningar i registerdata innebar att uppgifter om primärvårdsbesök och medicinerings samt om livsstil och hälsorelaterad livskvalitet sänkades.

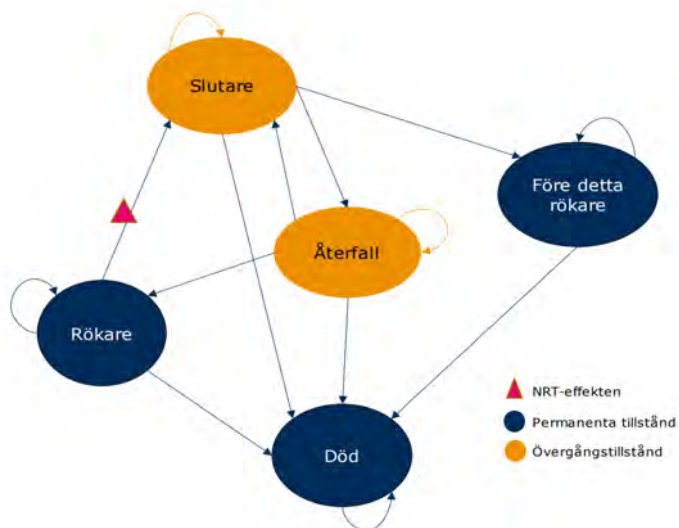
Vad kan man göra bättre? Om utvärderingen planeras i förväg skulle andra utfallsmått inkluderas, så som hälsorelaterad livskvalitet för barn och föräldrar, konsumtion av primärvård och andra samhällsresurser.

4.3. Modellsbaserade ekonomiska utvärderingar

4.3.1 Utgångspunkter och genomförande

Modellsbaserade ekonomiska utvärderingar används ganska ofta vid utvärdering av folkhälsoinsatser eller folkhälsopolicy. Dessa utvärderingar använder beslutsanalytiska modeller för att syntetisera data om kostnader och hälsoutfall, vägleda resursallokering och politiska beslut. De vanligaste är Markov-modeller, beslutsträd och diskreta händelsesimuleringar. Det finns också så kallade ”scenariomodelleringar”, när man gör ett antagande om förväntade förändringar i riskfaktorer som i sin tur bidrar till positiva hälsoutfall. Utvärderingar förlitar sig ofta på olika datakällor, inklusive resultat från RCT, observationsstudier och epidemiologiska långsiktiga uppföljningsstudier.

Valet av modelleringsteknik beror på utvärderingssyfte, tidsperspektiv och tillgång till data. **Markov-modeller** är matematiska ramverk som används för att representera händelseförlopp som övergår mellan ett begränsat antal tillstånd över tid, särskilt i sammanhang som involverar osäkerhet och stokastiska processer. De används i stor utsträckning för modellering av bland annat kroniska sjukdomar men även smittsamma och icke-kroniska sjukdomar. Men Markov-modeller har på senare tid använts inom folkhälsoområden, exempelvis för att modellera hälsoekonomiska utfall för olika interventioner för att förbättra levnadsvanor (t.ex. att sluta röka). Den viktigaste aspekten för Markov-modell är fastställande av **övergångssannolikheter** som bestämmer sannolikheten för att flytta från ett tillstånd till ett annat. I Figur 9 presenteras en Markov-modell som användes för att utvärdera subventionering av nikotinläkemedel som stöd för rökstopp.¹⁵ Samma modell kan användas för att utvärdera andra insatser för rökavvänjning, både riktade till särskilda målgrupper och även på populationsnivå. Det som påverkar resultat är **effekten** av den utvärderade interventionen som i det här fallet syftar till att öka sannolikheten för rökare att sluta (NRT-effekten i Figur 9). Markov-modeller används primärt för att se hälso- och ekonomiska konsekvenser på lång sikt, ofta över livsrytmen.

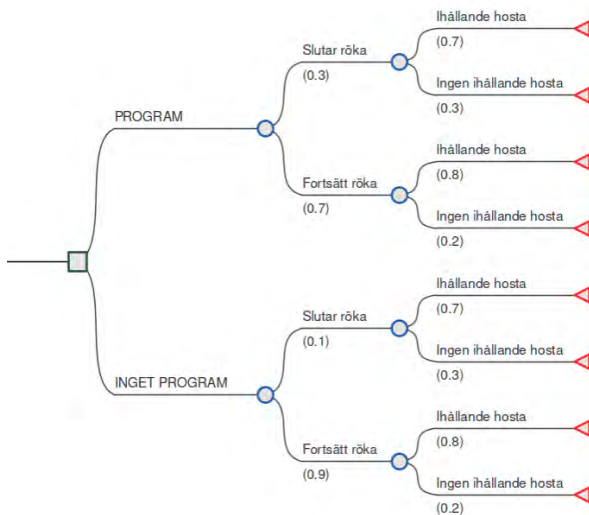


Figur 9. Markov-modell för rökavvänjning.

¹⁵ Gebreslassie m.fl. (2023).

Ett beslutsträd är ett visuellt verktyg som underlättar val genom att visa olika alternativ och deras möjliga resultat, både i hälso- och monetära termer.

Det ser ut som ett träd, med grenar som representerar olika beslut och vägar som leder till olika resultat. Beslutsträd kan bara modellera en enkel process med begränsade tidsperspektiv. I det här fallet (Figur 9) används beslutsträdet för att utvärdera kostnadseffektiviteten för ett rökavvänjningsprogram som erbjuds av apotek. Huvudmålet med detta beslutsträd är att jämföra effekter av och kostnader för ett apoteksbaserat rökavvänjningsprogram jämfört med att inte ha något program alls (kallat ”inget program”), se Figur 10.



Figur 10. Beslutsträd för att bedöma rökavvänjningsprogram

De fyrkantiga noderna representerar beslut som måste fattas, till exempel beslutet att använda ett apoteksbaserat program eller att gå utan hjälp. Cirkulära noder representerar olika hälsoutfall eller händelser som kan hända efter att ett beslut fattats. Till exempel kan en rökare antingen sluta röka eller fortsätta röka. Triangulära noder är trädets slutpunkter som visar de slutliga resultaten av de beslut som fattats. Till exempel kan slutresultatet vara en person som har slutat röka eller en som förblir rökare. Beslutsträdet tar också hänsyn till kostnaderna för varje alternativ.

Scenariomodellering används för att räkna på de samhällsekonomiska effekter som kan uppstå genom att förekomsten av vissa hälsobestämningsfaktorer i befolkningen förändras, exempelvis, levnadsvanor blir mer ”sunda”. Genom epidemiologiska data och metoder tillsammans med uppgifter om befolkningens riskfaktorer, går det att göra prognoser för framtida sjuklighet och även beräkna relaterade förväntade samhällskostnader och hälsoeffekter.

Vi vet att ohälsosamma levnadsvanor kopplas ihop med många folksjukdomar. Sundare levnadsvanor i befolkningen anses kunna förebygga 80 procent av hjärt- och kärlsjukligheten och 30 procent av cancersjukligheten, samt förhindra eller försena insjuknandet i diabetes.

Med hjälp av sådana skattningar kan olika tänkbara scenarier beskrivas, i form av beräkningar av hypotetiska tillstånd. På dessa principer bygger den hälsoekonomiska modellen ”Riskfaktorer, Hälsa och Samhällskostnader” (RHS-modellen), som utvecklats med stöd från nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) (dataapplikation ”Hälsokalkylator”) och cancerpreventionsmodell (Cancerpreventionskalkylator).

Utgångspunkterna för simuleringarna är den ökade risken för sjukdom för en person med en viss riskfaktor, jämfört med risken för en person utan riskfaktor. Denna risk kallas ofta den relativa risken (RR), som formellt definieras som risken för sjukdom i förhållande till exponering för en riskfaktor. Den relativa risken beräknas för varje sjukdom som risken för ett utfall (dvs. ett fall av sjukdom i modellen) i den exponerade gruppen (dvs. bland personer med riskfaktor) dividerat med risken i den ej exponerade gruppen (dvs. bland personer utan riskfaktor). Den relativa risken är alltså den extra risk som är relaterad till en viss riskfaktor. Relativa risker samlas in från tillgängliga epidemiologiska studier som skattar samband mellan riskfaktor och sannolikheten att drabbas av en sjukdom

RHS-modellen beräknar de årliga samhällskostnaderna för nya sjukdomsfall (incidens). Detta inkluderar landstingens och regionernas kostnader för hälso- och sjukvård, kommunernas kostnader för vård och omsorg samt statliga transfereringar. De åldersgrupps- och könsspecifika relativa riskerna tillsammans med riskfaktorprevalensen i befolkningsgruppen används för att beräkna fraktionen för potentiell påverkan (tillskrivningstal), ofta kallad IF (Impact Fraction).¹⁶ IF är den andel av den nuvarande sjukdomsincidensen som skulle kunna förhindras i framtiden om riskfaktorprevalensen ändras, se ekvationen nedan.

Potential impact fraction

$$IF = \frac{[(p2 - p1) + RR(p1 - p2)]}{[(1 - p1) + RR * p1]}$$

P1 – förekomst av riskfaktor i befolkningen nu

P2 – förekomst av riskfaktor i befolkningen som planeras att uppnå

RR – relativ risk för en respektive sjukdom

Exempelvis, vi kan beräkna minskning av ny incidens för lungcancer som beror på minskat prevalens of rökning i befolkningen. Om rökningprevalens minskar från 13 % (P1=0,13) till 10 % (P2=0,1) och med hänsyn till att relativ risk för rökare att insjukna i lungcancer är tio (RR=10) kan vi beräkna IF=0,12. Detta innebär att en minskning av rökningprevalens från 13% till 10% resulterar i en minskning i lungcancerincidens med 12%.

Sammanfattningsvis utnyttjar scenariomodeller flera olika typer av data, ofta kallade parametrar. Dessa kan delas in i fasta parametrar och ingångsparametrar. De fasta parametrarna insamlas från vetenskapliga studier eller register och bör i de flesta fall hållas oförändrade när modellen körs. Ingångsparametrarna beskriver de scenarier som ska modelleras. Modeller presenterar förändringar i hälsoutfall (incidens, QALYs, DALYs) och relaterade samhällskostnader för olika samhällssektorer I Tabell 5 Presenteras en checklista för att välja en hälsoekonomisk modell för utvärdering av folkhälsoinsats

¹⁶ Se Morgenstern och Bursic (1982).

Tabell 5. Checklista för ett val av hälsoekonomisk modelleringsteknik

Vad bör beaktas?	Modeller		
	Beslutsträd	Markovmodell	Scenariomodell
Hypotes			
Förändringar förekomst av riskfaktorer på befolkningsnivå			x
Minskar risk för ohälsa hos en målgrupp		x	
Tidigt upptäck at sjukdom/problem	x		
Typ av utvärderingsobjekt			
Policyn riktad till befolkning			x
Riktad insats med tydligt syfte	x	x	
Tidsperspektiv			
Begränsat	x		
Långsiktig		x	x
Data tillgång			
RCT/kvasi-experiment	x	x	
Trendanalys			x

4.3.2 Exempel: Långtidsuppföljning av föräldrastödsinsatserna (till 65 år) som implementeras i olika kommuner i Sverige¹⁷

Beslutsfråga: Bedöma kostnadseffektivitet av fyra föräldrastödsprogram och en bok om föräldrastrategier genom att minska utagerande beteendeproblem hos barn mellan två och sexton år.

Interventioner: *Program:* Komet (Comet), Otroliga åren (Incredible Years), Cope, Connect, *Boken:* föräldrastrategier, "Fem gånger mer kärlek"

Jämförelsealternativ: Väntelista - inget program/bok

Tidshorisont – 65 år, när barnen nå pensionsåldern

Hälsoutfall – nivå på utagerande beteende, andel barn med klinisk nivå av utagerande beteende

Interventionskostnader - utbildning och genomförande

Resurskonsumtion – data från vetenskapliga studier

Analysperspektiv – samhällsperspektiv,

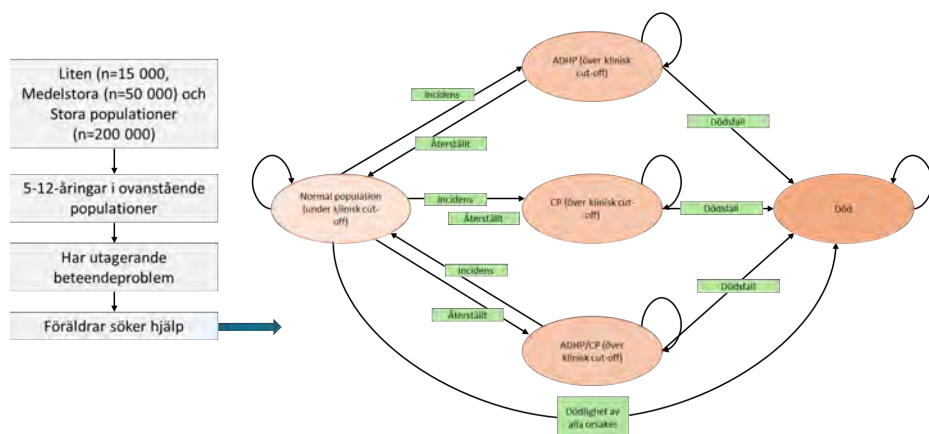
Typ av modell – Markovmodell

I utvärderingen ingår samma föräldrastödsinsatser jämförda med kontrollgrupp som i exempel 1. Data från RCT används för att beräkna relativa risker för barn att utveckla uppförande problem, ADHD och kombination av ADHD/uppförande problem.

Modellen består av två delar: kortsiktig, tills barnen fyller 20 år och långsiktig, från 20 till 65 år. Samhällskostnader på *kort* sikt (utbildningssektorn och hälso- och sjukvård för barn med adhd problem och utagerande beteende) har samlats från vetenskapliga publikationer Kostnader på *lång* sikt (beräkning av insatsernas effekt på sannolikheten att fullfölja gymnasiet) kopplade gymnasiexamen och inkomst från en annan studie¹⁸

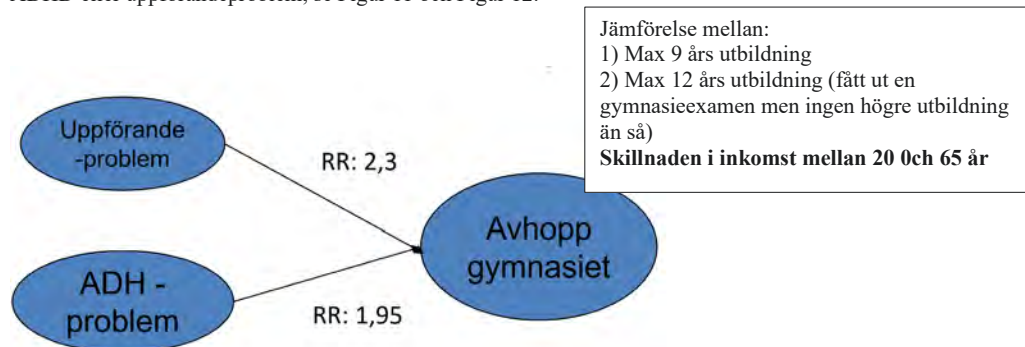
¹⁷ Se Nystrand m.fl. (2020).

¹⁸ (Hultkrantz m.fl. (2017)



Figur 11. Kortsiktig Markovmodell för föräldrastödsprogram. Följer upp barnen till 20 år

I den första modellen erbjöds föräldrarna som söker hjälp för barn med beteendeproblem ett av ovanstående program eller boken. Resultaten från en RCT användes för att beräkna minskat risk att utveckla ADHD, uppförandeproblem och kombination av ADHD/uppförande problem. Barnens utveckling modelleras till 20 år och samhällskostnader som uppstår på grund av dessa problem inom utbildning- och hälso-och sjukvårdssektorer ackumuleras. Vidare följs barnen upp till 65 år i en scenario-modell och deras inkomster beräknas utifrån risker att hoppa av från gymnasiet på grund av ADHD eller uppförandeproblem, se Figur 11 och Figur 12.



Figur 12. Scenariomodell för inkomstberoende på utbildningsnivå

Beräkning för en liten kommun (15 000 invånare) visar att Boken ger den största avkastning per investerad krona och att alla program genererar positiva avkastningar och hälsovinster. Investeringarna i föräldrastödsprogram ger alltså enligt denna studie både hälso- och ekonomiska vinster, se Figur 13.

Liten population(n=15 000)	Benefit-cost ratio	Nettovärde
Komet	6.31	€4,481
Connect	14.48	€3,002
Otroliga åren	12.77	€6,487
Cope	38.97	€6,959
"Fem gånger mer kärlek"	340.10	€4,447

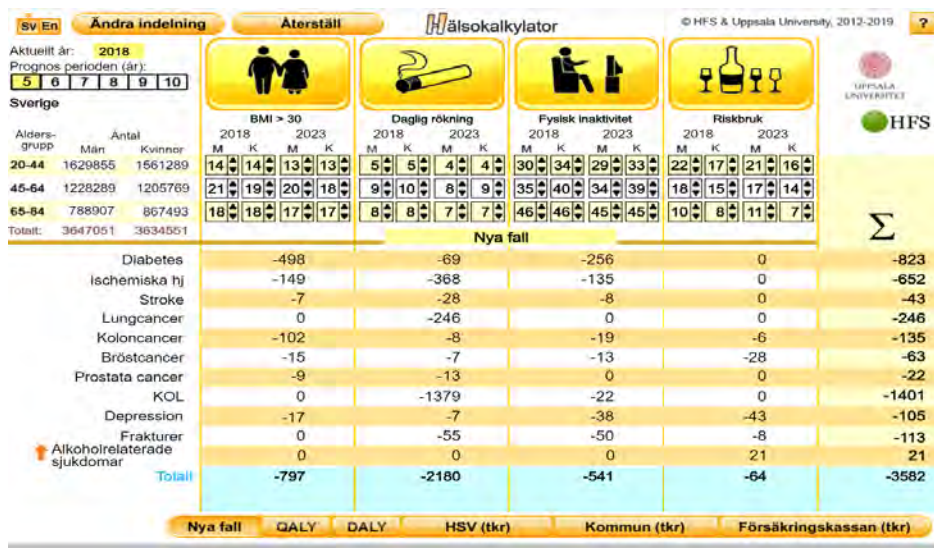
Figur 13. Avkastningsvärden för olika föräldrastödsprogram

4.3.3 Exempel: Riskfaktorer, Hälsa och Samhällskostnader (RHS-modellen)

Syfte med RHS-modellen är att uppskatta eventuella samhällsbesparingar som beror på förändringar i livsstilsfaktorer på befolkningsnivå. Resultaten kan användas som ett stöd för professioner och beslutsfattare. RHS-modellen inkluderar fyra vanliga riskfaktorer i den vuxna befolkningen 18–84 år: kraftig övervikt (BMI över 30; proxy för matvanor), daglig tobaksrökning, fysisk inaktivitet, och riskbruk av alkohol. Dessutom inkluderas 15 vanliga sjukdomar, innefattande diabetes, hjärtinfarkt och sex olika typer av cancer, där levnadsvanor har visat sig ha betydelse för risken att insjukna. RHS-modellen beräknar de årliga samhällskostnaderna för nya sjukdomsfall (incidens). Detta inkluderar regionernas kostnader för hälso- och sjukvård, kommunernas kostnader för vård och omsorg samt statliga transfereringar.

För att illustrera hur RHS-modellen kan användas i praktiken väljer vi ett beräkningsscenario som belyser vad en minskad förekomst på en procentenhet av de fyra riskfaktorerna kan innebära i minskade samhällskostnader och ökad hälsa i Sverige utifrån ett femårsperspektiv. Scenariot specificerar inte hur detta önskade läge har åstadkommit och beräknar heller inga kostnader för eventuella nödvändiga insatser.

Utgångspunkten för beräkningsscenarioet är andelen personer i Sverige som lever med respektive riskfaktor i befolkningsgrupperna 20–44 år, 45–64 år och 65–84 år, uppdelat på män och kvinnor, enligt folkhälsorapporten 2018. Förekomsten av riskfaktorer antas minska med en procentenhet i varje grupp om fem år, det vill säga fram till år 2023, och därmed kan önskat läge uppnås, se Figur 14. Denna nivå är mycket rimlig utifrån olika studier av samhällsinterventioner.



Figur 14. Scenariomodellering med hjälp av RHS modell. Förändringar i incidens i olika folkhälsosjukdomar som beror på 1% förbättringar i respektive riskfaktorer

Den kraftiga minskningen i sjukdomsfall, totalt 3 582 i Figur 14, ger även minskade samhällskostnader. Hälso- och sjukvårdens kostnader uppskattas minska med 201 miljoner kronor medan kommunernas kostnader minskar med 172 miljoner kronor. De statliga transfereringarna beräknas minska med 170 miljoner kronor.

5. Att tänka på vid kommunikering av resultat med beslutsfattare

De flesta forskare är förmodligen inte särskilt vana vid och tränade på att skriva texter för andra än sina kollegor och redaktörer för vetenskapliga tidskrifter. I forskning och kommunikation av forskning inom akademien ligger mycket fokus på metod – hur har resultaten erhållits – snarare än på resultaten själva och deras policyrelevans, även om naturligtvis såväl inom- som utomvetenskaplig relevans ges utrymme inom akademien.

När målgruppen finns utanför akademien bör fokus vara det omvända. Beslutsfattare är intresserade av resultat och av att kunna lita på presenterade resultat, men inte särskilt ofta fokuserade på att i detalj förstå alla metodmässiga överväganden som gjorts i en vetenskaplig studie. Detta leder oss till en första viktig slutsats: i kommunikation med beslutsfattare ska man presentera sin forskning på ett annat sätt än när målgruppen finns inom akademien. Och för att kunna göra detta måste man träna sig på att göra det och lägga tid på att lära sig hur man presenterar sin forskning med fokus på resultat och policyrelevans och inte på forskningsprocessen bakom.

Det finns några mer konkreta tips för en effektiv kommunikation med beslutsfattare:

1. **Anpassa budskapet:** Förstå beslutsfattarens intressen och behov. Varje målgrupp kan ha olika prioriteringar, så anpassa ditt budskap för att visa hur resultaten påverkar deras specifika ansvarsområde.

2. **Klara och korta budskap:** Förklara resultaten på ett tydligt och enkelt sätt. Undvik att använda tekniska termer och använd istället konkreta exempel och analogier för att göra resultaten lättillgängliga.
3. **Visualisering:** Använd grafer, diagram och andra visuella hjälpmedel för att illustrera nyckelresultat.
4. **Betona konsekvenser:** Beslutsfattare är ofta intresserade av vad analyserna betyder i verkliga världen, såsom kostnadsbesparingar, förbättrad livskvalitet, friskare befolkning, minskad sjukfrånvaro.
5. **Sammanfattning:** Inkludera en kort sammanfattning av dina resultat. Beslutsfattare har ofta ont om tid, så det är viktigt att ge dem en snabb översikt över dina slutsatser och vilka steg de bör ta härnäst.
6. **Engagera intressenter:** Involvera relevanta intressenter tidigt i processen. Detta hjälper till att bygga förtroende och öka chansen att dina rekommendationer tas på allvar.

När den pedagogiska och resultatorienterade rapporten är skriven är nästa steg att tala om för beslutsfattarna att så är fallet. Detta kan naturligtvis göras på många sätt, men oavsett vilket sätt man väljer är det viktigt att tillhandahålla en kort och slagkraftig presentation (ett meddelande) som kan locka beslutsfattare/tjänstemän att läsa rapporten och kanske be om en presentation på ett möte eller ett seminarium. För att göra detta behövs naturligtvis en uppdaterad sändlista för meddelandet där relevanta mottagare finns med. Vilka de relevanta mottagarna är varierar naturligtvis med rapportens innehåll, men i normalfallet bör (förutom media) berörda departement och utskott samt berörda myndigheter och organisationer finnas med på listan.

Om resurser läggs på att följa dessa steg, har man i normalfallet gjort vad man kan. Det innebär naturligtvis endast i undantagsfall att man faktiskt når fram till alla mottagare man själv tycker borde ha intresse av de intressanta forskningsresultaten. Men om man inte gör något som påminner om denna korta checklista, får man helt förlita sig på en lycklig slump, och sådan tur har man inte ofta.

En allmän utgångspunkt är att hälsoekonomiska utvärderingar i princip kan göras inom alla områden som berör folkhälsa. Emellertid är prioriteringar mellan interventioner med samma syfte troligen både enklare och mer vanliga än att explicit utnyttja hälsoekonomiska analyser för sektorsövergripande beslut. Arenan kan således sägas vara ganska väl definierad, men hur spelet ska gå till är inte lika lätt att beskriva. Konflikten mellan årsvisa budgetar och samhällskostnads kalkyler är ett problemområde. Trots att det ibland finns starka ekonomiska utväxlingsförhållanden mellan övergripande hälsopolitiska incitament och behandlande interventioner, verkar det som om det finns andra problem som gör att folkhälsoinsatser med förebyggande syfte införs på sätt som inte alltid tar hänsyn till hälsoekonomiska beräkningar.

När beslutsfattare vill att förebyggande insatser ska spela en större roll och ta en större del av befintliga resurser i anspråk, bör inriktningen vara ett systematiskt och långsiktigt arbete. Nya kunskaper, färdigheter och normer är nyckelkomponenter. Hälsoekonomiska bedömningar av kostnadseffektiviteten inom folkhälsoområden är viktiga verktyg för beslutsfattare vid prioritering inom folkhälsoområden.

6. Referenser

- Angrist, J.D. och Pischke, J.S. (2014), *Mastering 'Metrics: The Path from Cause to Effect* (Princeton University Press).
- Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Torrance, G.W., O'Brien, B.J. och Stoddart, G.L. (2005), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, (New York: Oxford University Press).
- Gebreslassie, M. m.fl. (2023), 'Should Nicotine Replacement Therapy be Provided Free of Charge? A Cost-Utility Analysis in Sweden', *Nicotine Tob Res*, 25 (11), 1762-69.
- Haggstrom, J. m.fl. (2017), 'Is the Salut Programme an effective and cost-effective universal health promotion intervention for parents and their children? A register-based retrospective observational study', *BMJ Open*, 7 (9)
- Hultkrantz, Lars, Karpaty, Patrik och Vimefall, Elin (2017), 'Education-earnings linkage for assessing societal benefits of interventions for children and youth in Sweden', *Psychosocial Intervention*, 26 (3), 171-79.
- Kontopantelis, E. m.fl. (2015), 'Regression based quasi-experimental approach when randomisation is not an option: interrupted time series analysis', *Bmj*, 350, h2750.
- Morgenstern, H. och Bursic, E. S. (1982), 'A method for using epidemiologic data to estimate the potential impact of an intervention on the health status of a target population', *J Community Health*, 7 (4), 292-309.
- Nystrand, C. m.fl. (2020), 'Economic Return on Investment of Parent Training Programmes for the Prevention of Child Externalising Behaviour Problems', *Adm Policy Ment Health*, 47 (2), 300-15.
- Regeringskansliet (2020), 17 globala mål för hållbar utveckling, Stockholm.
- Sampaio, F. m.fl. (2016), 'Cost-effectiveness of four parenting programs and bibliotherapy for parents of children with conduct problems: a multicenter randomized controlled trial', *J Ment Health Policy Econ*.
- Socialdepartament (2018), 'God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik', Stockholm.
- Socialdepartementet (1996), 'Proposition 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården'. Stockholm.

Om diskontering vid ekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser

Författare: Ellen Wolff och Egill Jonsson Bachmann

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	3
Diskontering av kostnader och hälsoeffekter är en etablerad metod	3
Två sätt att härleda diskonteringsräntan	4
Borde hälsoeffekter diskonteras med samma ränta som kostnader?	5
Diskontering vid preventiva insatser	6
Etik kan spela en roll i val av diskonteringsränta för hälsa	7
Praktisk tillämpning.....	8
Vilken diskonteringsränta använder svenska myndigheter?.....	8
Vilken diskonteringsränta använder andra länder?.....	8
Hälsovinster idag gentemot hälsovinster i framtiden.....	10
Lägre diskontering av kostnader kan påverka resultat i olika riktningar.....	12
Simuleringsmodell som undersöker hur diskontering påverkar resultaten när hälsoeffekter uppstår vid olika tidpunkter	12
Diskussion.....	16
Slutsats	18
Referenser	19

Bakgrund

Hälsoeffekter av folkhälsoinsatser uppstår vanligen över en längre tidsperiod, medan kostnaderna för insatsen kan uppstå omgående. Diskontering används för att göra kostnader och hälsoeffekter som inträffar vid olika tidpunkter jämförbara. Det kan beskrivas som att man bestämmer och tydliggör ett pris på tid¹. Diskontering kan ha stor påverkan på resultaten från ekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser eftersom kostnaderna ofta uppstår omgående medan hälsoeffekterna uppstår först i framtiden. Detta leder till ett relativt lägre värde för hälsoeffekterna när de diskonteras. I de flesta länder rekommenderas användning av en diskonteringsränta som är konstant över tid för både kostnader och hälsoeffekter och att kostnader och hälsoeffekter diskonteras med samma ränta². Detta gör att kostnadseffektiviteten av preventiva insatser många gånger skattas som sämre än för behandlande insatser, vilket kan leda till att preventiva insatser inte prioriteras lika högt. Vad som främst diskuteras och debatteras kring diskontering är nivån på diskonteringsränta, om kostnader och hälsoeffekter ska diskonteras med samma ränta och om räntenivån ska minska över tid eller vara konstant³.

Syftet med det här kapitlet av antologin är att illustrera hur diskontering av framtida kostnader, och framför allt diskontering av framtida hälsoeffekter, kan påverka resultaten av ekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser och därmed ha en påverkan vid beslutsfattande och vid prioriteringar mellan insatser. Vi gör detta genom att på en övergripande nivå beskriva bakgrunden till användning av diskontering i ekonomiska utvärderingar och hur räntan kan härledas. Vidare har vi utvecklat en teoretisk simuleringsmodell för att illustrera effekter av diskontering i situationer där hälsoeffekterna uppstår vid olika tidpunkter. Vi redovisar även vilken diskonteringsränta som olika myndigheter använder i Sverige idag och vilken ränta som rekommenderas i andra höginkomstländer i Europa. Kapitlet avslutas med en sammanfattande diskussion om användandet av diskonteringsräntor i hälsoekonomiska utvärderingar.

Diskontering av kostnader och hälsoeffekter är en etablerad metod

Diskontering, och val av diskonteringsränta, kan ha en stor påverkan på resultaten från ekonomiska utvärderingar vilket gör att diskontering är en aktuell fråga vid prioriteringsbeslut. Det finns en alternativkostnad kopplad till att konsumera nu i stället för senare eftersom pengarna som spenderas nu hade kunnat investeras och generera framtida avkastning. Standardsättet att fånga denna syn på ett avtagande värde av kapital över tid är genom diskontering. Anledningarna till att diskontera hälsoeffekter baseras dock delvis på annan teori, som exempelvis individens otålighet. Det är allmänt accepterat inom hälsoekonomi att framtida kostnader och hälsoeffekter ska diskonteras, men det råder oenighet om vilken ränta som ska tillämpas⁴. Debatten på senare tid har även handlat om att diskonteringsräntan på tre procent, som är den mest använda, bör ses över, och även kring om hälsoeffekter ska diskonteras med samma ränta som kostnader². I en rapport av professor Johan Stennek, skriven på uppdrag av TLV, slår han fast att hälsoekonomiska utvärderingar av medicinska behandlingar endast stämmer överens med en samhällsekonomisk kostnadsintäktsanalys (cost-benefit analysis, CBA) om kostnader och hälsoeffekter diskonteras, och att den diskonteringsränta som

¹ Gollier, Christian (2013), *Pricing the planet's future: the economics of discounting in an uncertain world* (Princeton: Princeton University Press) ix, 232 p.

² Cohen, J. T. (2024), 'It Is Time to Reconsider the 3% Discount Rate', *Value Health*, 27 (5), 578-84.

³ Attema, A. E., Brouwer, W. B. F., and Claxton, K. (2018), 'Discounting in Economic Evaluations', *Pharmacoeconomics*, 36 (7), 745-58.

⁴ Meerding, W. J., et al. (2010), 'Social time preferences for health and money elicited with a choice experiment', *Value Health*, 13 (4), 368-74.

används har en avgörande betydelse för hur samhället värderar hälsovinster som uppstår under lång tid⁵.

Ett skäl för att tillämpa diskontering i ekonomiska utvärderingar är individers rena tidspreferens, alltså otåligheten i att individer vill konsumera idag snarare än i framtiden⁶. Detta är ett välbelagt fenomen⁷. Ju högre diskonteringsränta, desto högre värderas nyttan idag gentemot den framtida nyttan. Konceptet med positiva tidspreferenser kan användas för att förstå individers beslutsfattande kring beteenden som påverkar den egna hälsan, såsom rökning eller överätande. Det kan också användas för att förstå samhällets allokering av resurser till att främst täcka behandlingar som räddar liv idag snarare än preventiva insatser som potentiellt kan rädda fler liv i framtiden. Det finns flera anledningar att föredra att hälsoeffekter uppstår snart i tid snarare än i framtiden, till exempel osäkerhet om framtiden som gör att individen föredrar att leva idag snarare än att tänka på framtiden, men även osäkerhet kring framtida teknik och hälsoinnovationer. Diskontering kan i viss mån motiveras av osäkerheter som inte kan modelleras i en ekonomisk utvärdering.

Empirisk forskning visar att tidspreferensen är starkare för den nära framtiden än för en mer avlägsen framtid, alltså att den nära framtiden värderas relativt lägre än den mer avlägsna⁸. Det skulle tala för att använda en diskonteringsränta som sjunker över tid, som används i exempelvis Norge och Frankrike (se Tabell 1).

Två sätt att härleda diskonteringsräntan

Det är två modeller som främst används för att bestämma diskonteringsräntan. Den ena modellen härleder räntan från Ramsey-ekvationen och den andra använder sig av marknadsräntor (real interest rate).

Ramsey-ekvationen härleder nivån på diskonteringsräntan genom att ta hänsyn till sociala tidspreferenser (att nytta föredras tidigare snarare än senare), elasticiteten för marginalnytta (den takt som marginalnyttan av konsumtion minskar med nivån på konsumtion), och tillväxttakten för konsumtion per capita³.

Diskonteringsräntan beräknas av Ramsey-ekvationen enligt:

$$\rho = \delta + \eta g$$

Där ρ är den ränta till vilken samhället diskonterar framtida händelser, δ är den rena tidspreferensen, η är elasticiteten för marginalnytta och g tillväxttakten för konsumtion. Om δ skulle vara lika med noll, innebär det att samhället värderar framtida nytta lika högt som nytta idag. Termen ηg värderar värdet av konsumtion i framtiden, när samhället är rikare, relativt idag. Eftersom samhället förutsätts vara rikare i framtiden borde nytta idag värderas högre än nytta i framtiden, när en extra enhet av konsumtion leder till relativt lägre nytta på grund av den avtagande marginalnyttan och konsumtionstillväxten. I en växande ekonomi kommer framtida generation att konsumera mer än dagens generation. Att investera i framtiden är därmed att be en relativt fattigare population att offra mer av deras konsumtion för att gynna en framtida rikare population¹.

⁵ Stennek, J (2021), 'Om diskontering vid värdering av läkemedel'.

⁶ Jit, M. and Mibe, W. (2015), 'Discounting in the evaluation of the cost-effectiveness of a vaccination programme: A critical review', *Vaccine*, 33 (32), 3788-94.

⁷ Frederick, Shane, Loewenstein, George, and O'Donoghue, Ted (2003), 'Time discounting and time preference: A critical review', *Time and decision: Economic and psychological perspectives on intertemporal choice*. (New York, NY, US: Russell Sage Foundation), 13-86.

⁸ Loewenstein, George and Prelec, Drazen (1992), 'Anomalies in Intertemporal Choice: Evidence and an Interpretation', *The Quarterly Journal of Economics*, 107 (2), 573-97.

Elasticitet för marginalnyttan och tillväxttakten av konsumtion per capita kan i princip härledas från data, men den rena tidspreferensen är inte observerbar och måste bestämmas explicit³. Ibland inkluderas ytterligare en term i Ramsey-ekvationen (γ) för att hantera risk för katastrofer, men denna antas vara väldigt liten³.

Den andra modellen för att bestämma nivån på diskonteringsräntan utgår från marknadsräntan. Huvudargumentet för denna modell är att den kommer spegla den faktiska alternativkostnaden för de resurser som används vid en insats. Huvudargumentet för att istället använda Ramsey-ekvationen är att samhällets preferenser eventuellt inte överensstämmer med marknadens räntor⁹.

Vare sig om sättet att bestämma diskonteringsräntan görs genom Ramsey-ekvationen eller genom att använda marknadsränta, rekommenderas oftast ett specifikt värde på diskonteringsräntan som är stabilt över tid. Den "riktiga" räntan kan dock variera över tid: exempelvis varierar den rekommenderade elasticiteten av marginalnyttan av konsumtion (η i Ramsey-ekvationen) mellan noll och två¹⁰, vilket ger relativt stora variationer i diskonteringsräntan om Ramsey-ekvationen används². Det finns liknande osäkerheter kring de andra parametrarna i Ramsey-ekvationen. Vad gäller marknadsräntor finns det i Sverige ett flertal marknadsräntor som diskonteringsräntan skulle kunna baseras på och det är inte uppenbart vilken av dessa som bör användas. Den diskonteringsränta som rekommenderas av ett land åtföljs inte alltid av en grund för rekommendationen, medan vissa länder hänvisar antingen till att nivån på ränta är härledd från Ramsey-ekvationen eller från en marknadsränta i landet. Exempelvis Danmark, som relativt nyligen uppdaterade sina riktlinjer, rekommenderar en användning av danska Finansdepartementets aktuella diskonteringsränta vid ekonomiska utvärderingar (se Tabell 1).

Borde hälsoeffekter diskonteras med samma ränta som kostnader?

Det går att argumentera för att hälsa, och således hälsoeffekter, är en unik vara som inte kan handlas över tid eller investeras för att generera avkastning så som kapital kan. Däremot kan de resurser som allokeras till hälso- och sjukvårdssektorn, och som sedan genererar hälsoeffekter, handlas med över tid och generera avkastning. Att i stället för att investera resurser i hälsa idag, investera i hälsa i framtiden, skulle därmed kunna leda till större hälsovinster framgent.

Praxis har varit att diskontera kostnader och hälsoeffekter med samma ränta. Argumentet för att diskontera kostnader och hälsoeffekter med samma ränta baseras främst på två teoretiska argument: konsistensargumentet från Weinstein och Stason¹¹ och uppskjutande-paradoxen från Keeler och Cretin¹². Weinstein och Stason hävdade att användningen av olika diskonteringsräntor för kostnader och hälsoeffekter skulle leda till oönskade icke-konsekventa effekter över tid. De illustrerade detta med två interventioner som var identiska i allt förutom när i tid de implementerades. Dessa två interventioner kan bara bli prioriterade lika högt av beslutsfattare ifall samma diskonteringsränta appliceras på både kostnader och hälsoeffekter. Ett viktigt antagande för att detta ska hålla är att värdet av hälsoeffekterna också är konstanta över tid. Uppskjutande-paradoxen från Keeler och Cretin belyser att om en differentierad diskonteringsränta skulle appliceras, och då specifikt lägre ränta för hälsoeffekter, skulle det leda till paradoxala tolkningar av resultaten från hälsoekonomiska

⁹ Hultkrantz, L. (2021), 'Discounting in economic evaluation of healthcare interventions: what about the risk term?', Eur J Health Econ, 22 (3), 357-63.

¹⁰ Drupp, Moritz A., et al. (2018), 'Discounting Disentangled', American Economic Journal: Economic Policy, 10 (4), 109-34.

¹¹ Weinstein, M. C. and Stason, W. B. (1977), 'Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices', N Engl J Med, 296 (13), 716-21.

¹² Keeler, Emmett B. and Cretin, Shan (1983), 'Discounting of Life-Saving and Other Nonmonetary Effects', Management Science, 29 (3), 300-06.

utvärderingar där ett uppskjutande av interventioner på obestämd framtid skulle vara optimalt i teorin trots att detta inte alltid är vad som föredras i praktiken¹³.

Båda dessa argument har på senare tid blivit ifrågasatta vad gäller relevans och validitet⁴. Exempelvis vilar konsistensargumentet på ett antagande om konstant värde av hälsa över tid, vilket inte kan anses vara realistiskt. Studier har visat att uppskjutande-paradoxen inte uppstår när interventioner pågår kontinuerligt istället för att upphöra efter det första året¹⁴. Eftersom många folkhälsoinsatser är kontinuerliga, såsom exempelvis införanden av ett vaccinationsprogram, håller därmed inte uppskjutande paradoxen.

Ofta används alltså samma diskonteringsränta för kostnader och hälsoeffekter i ekonomiska utvärderingar, och när en differentierad diskonteringsränta rekommenderas används en lägre ränta för hälsoeffekter än för kostnader. Detta motiveras av olika argument, som att värdera hälsoeffekter för framtida generationer eller den potentiella ökningen av det monetära värdet av hälsa över tid relaterat till tillväxttakten i samhällsekonomin i stort och även till en ökad förväntad livslängd¹⁵. En rad artiklar har fört fram argumentet att det monetära värdet av hälsa kan förväntas växa över tid i takt med att inkomsten ökar^{13,16,17}. Att använda en lägre diskonteringsränta för hälsoeffekter än för kostnader skulle inte innebära en stor påverkan på resultaten från analyser i ekonomiska utvärderingar med en relativt kortare tidshorisont (se Figur 1 och 2), utan det är vid längre tidshorisonter som effekten blir tydlig.

Eftersom resultaten från ekonomiska utvärderingar ofta presenteras som en inkrementell kostnadseffektivitetskvot (ICER)¹⁸ innebär det att den valda diskonteringsräntan för kostnader och den valda diskonteringsräntan för hälsoeffekter alltid står i relation till varandra. Att sänka nivån på diskonteringsränta för både kostnader och hälsoeffekter samtidigt kan innebära en mindre påverkan på resultaten än om det används en differentierad diskonteringsränta med en lägre diskonteringsränta för hälsoeffekter. Om en insats leder till större besparingar än kostnader över tid, behöver dock detta inte vara fallet eftersom även de besparingar som uppstår då diskonteras bort.

Diskontering vid preventiva insatser

Folkhälsoinsatser och preventiva insatser kan vara något förfördelade vid prioriteringsbeslut eftersom det handlar om att skapa framtida positiva hälsoeffekter, eller att rädda framtida liv. Ett grundläggande antagande för preventiva insatser är att det finns en framtida risk för ohälsa. Denna framtida risk är inte lika konkret för beslutsfattare som ett pågående dåligt hälsotillstånd. Detta och att diskontering matematiskt räknar ner värdet av framtida hälsoeffekter kan vara till nackdel för preventiva insatser vid prioriteringsbeslut.

Sättet att kvantifiera hälsoeffekter på, exempelvis genom att skatta kvalitetsjusterade levnadsår (quality-adjusted life years, QALY) genom time-trade off-metoden (TTO), tar redan i viss mån hänsyn till diskontering i själva metoden. TTO innebär att en person får värdera hur många levnadsår i ett specifikt (sjukt) hälsotillstånd, exempelvis 10, som hen är beredd att byta bort mot ett färre antal år

¹³ Brouwer, W. B., et al. (2005), 'Need for differential discounting of costs and health effects in cost effectiveness analyses', *BMJ*, 331 (7514), 446-8.

¹⁴ van Hout, B. A. (1998), 'Discounting costs and effects: a reconsideration', *Health Econ*, 7 (7), 581-94.

¹⁵ Postma, M. J., Parouty, M., and Westra, T. A. (2013), 'Accumulating evidence for the case of differential discounting', *Expert Rev Clin Pharmacol*, 6 (1), 1-3.

¹⁶ Gravelle, H. and Smith, D. (2001), 'Discounting for health effects in cost-benefit and cost-effectiveness analysis', *Health Econ*, 10 (7), 587-99.

¹⁷ Klock, R. M., et al. (2005), 'Towards a healthier discount procedure', *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 5 (1), 59-63.

¹⁸ Incremental Cost-Effectiveness Ratio, den inkrementella skillnaden i kostnad mellan två insatser dividerat med den inkrementella skillnaden i hälsoeffekter (ofta mätt som kvalitetsjustera levnadsår, QALY)

med full hälsa. Det har visats att respondenterna har en tidspreferens för hälsa¹⁹, vilket innebär att denna metod redan har en tidspreferens inbakat – respondenter är villiga att byta bort relativt många år eftersom de inte värderar framtida hälsa lika högt. Det betyder att hälsoeffekter kan diskonteras dubbelt²⁰, vilket kan leda till felaktig allokering av resurser inom hälso- och sjukvården, eftersom framtida hälsoeffekter skulle värderas felaktigt.

Etik kan spela en roll i val av diskonteringsränta för hälsa

Diskontering är en central del i ekonomiska utvärderingar som har kostnader och hälsoeffekter som uppstår vid olika tidpunkter och även för olika individer. Trots att empiriska studier visar att individer värderar hälsa idag högre än hälsa i framtiden, vilket skulle innebära att det är rimligt att diskontera framtida hälsa, är den prioriteringen inte helt fri från praktiska eller etiska ställningstaganden. Folkhälsoinsatser påverkar ofta generationer bortom dagens generation, exempelvis kan vaccinationsprogram påverka fler än bara den generation som faktiskt vaccineras genom minskad smittspridning i samhället.

Det finns etiska aspekter som bör vägas in i bedömningarna, såsom jämlik behandling av olika generationer och vilka som ska prioriteras av dagens eller framtidens generation. I Sverige fattas prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården utifrån den etiska plattformen²¹, där människovärdesprincipen kan tolkas som att framtida generationer ska värderas lika som nuvarande generation. I litteraturen hänvisas till intergenerationell diskontering när det handlar om analyser och utvärderingar som inkluderar fler än en generation och där insatser idag har en påverkan på framtida generationer. Diskontering över väldigt långa tidshorisonter kompliceras också av osäkerheter kring framtida investeringar där kostnader kommer att belasta dagens generation medan framtida nytta kan komma främst framtida generationer till gagn.

I följande avsnitt presenterar vi vilka diskonteringsräntor som tillämpas av olika myndigheter Sverige och även vilka räntor som rekommenderas i jämförbara europeiska länder. Vi har även utvecklat en enkel simuleringsmodell för att illustrera hur och i vilken utsträckning diskonteringsräntor kan påverka resultaten från ekonomiska utvärderingar och därmed de prioriteringsbeslut som utvärderingarna ligger till grund för.

¹⁹ Attema, A. E. and Brouwer, W. B. (2009), 'The correction of TTO-scores for utility curvature using a risk-free utility elicitation method', *J Health Econ*, 28 (1), 234-43.

²⁰ MacKeigan, Linda D., Gafni, Amiram, and O'Brien, Bernie J. (2003), 'Double discounting of QALYs', *Health Economics*, 12 (2), 165-69.

²¹ Den etiska plattformen består av tre grundläggande principer: *människovärdesprincipen* – enligt vilken alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället, *behovs- och solidaritetsprincipen* – enligt vilken resurserna bör satsas på områden där behoven är störst, samt *kostnadseffektivitetsprincipen* – enligt vilken en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälso- och livskvalitet, bör eftersträvas vid val mellan olika åtgärder eller verksamheter.

Praktisk tillämpning

Vilken diskonteringsränta använder svenska myndigheter?

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, rekommenderar i sina allmänna råd om ekonomiska utvärderingar en diskonteringsränta på tre procent för både kostnader och hälsoeffekter²². TLV rekommenderar även att utföra kompletterande känslighetsanalyser med noll och fem procents ränta, samt en analys där kostnader diskonteras med tre procent och hälsoeffekter med noll procent. TLV anger inte någon källa eller referens till nivån på diskonteringsränta eller varför samma ränta ska appliceras på kostnader och hälsoeffekter. Även Folkhälsomyndigheten (Fohm) använder en diskonteringsränta på tre procent för både kostnader och hälsoeffekter i sina hälsoekonomiska utvärderingar och varierar detta i känslighetsanalyser²³. Fohm refererar till TLV:s allmänna råd. Socialstyrelsen och Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) använder också en diskonteringsränta på tre procent i sina ekonomiska utvärderingar och metodvägledningar och hänvisar till TLV:s allmänna råd^{24,25}.

Naturvårdsverket rekommenderar användning av en diskonteringsränta på fyra procent i samhällsekonomiska analyser, med känslighetsanalyser med två och en procents ränta. Trafikverket rekommenderar en diskonteringsränta på 3,5 procent. Trafikverkets rekommendation för diskonteringsränta baseras på rimliga intervallskattningar av Ramsey-ekvationen, men den är inte baserad på exakta antaganden och ändras därmed inte om någon av de ingående värdena, såsom konsumtionstillväxten, ändras något²⁶.

Vilken diskonteringsränta använder andra länder?

De flesta länder i Europa rekommenderar en diskonteringsränta för kostnader och hälsoeffekter som ligger kring tre procent², men det skiljer sig åt mellan länder både vad gäller nivån på räntan och hur den ska appliceras (samma för kostnader och hälsoeffekter eller differentierade, samt konstant ränta eller avtagande över tid).

I en systematisk översikt från 2023 summeras olika nationella riktlinjer för diskonteringsränta vid ekonomiska utvärderingar inom hälso- och sjukvården²⁷. I Tabell 1 nedan presenteras ett urval av dessa riktlinjer för europeiska höginkomstländer som kan anses vara jämförbara med Sverige. Det stora flertalet av riktlinjerna rekommenderar att både kostnader och hälsoeffekter diskonteras med en konstant ränta. Många rekommendationer inkluderar känslighetsanalyser där räntan varierar och där analyser görs med en differentierad diskonteringsränta med en lägre ränta för hälsoeffekter än för kostnader för att illustrera hur den valda räntan och appliceringsmetoden påverkar resultaten. En del länder har en motivering bakom sin valda diskonteringsränta och hänvisar antingen till Ramsey-ekvationen eller till marknadsräntor, men de allra flesta anger inte något skäl till sin valda ränta. Det är värt att notera att Belgien motiverar sitt val av differentierad diskonteringsränta just med att de vill undvika en bestraffning av insatser vars hälsoeffekter främst uppstår i framtiden som exempelvis vid screening- och vaccinationsprogram.

²² Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets allmänna råd om ekonomiska utvärderingar (TLVAR 2003:2) (2017).

²³ Folkhälsomyndigheten (2024), 'Hälsoekonomiska utvärderingar av catch-up-vaccination mot humant papillomvirus av pojkar och män och riktade insatser till specifika grupper'.

²⁴ Socialstyrelsen (2022), 'Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd?'.

²⁵ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) 'Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten: En metodbok', <<https://www.sbu.se/sv/metod/metodboken-2023/?lang=sv>>.

²⁶ Trafikverket (2024), 'Analysmetod och samhällsekonomiska kalkylvärden för transportsektorn ASEK 8.0'.

²⁷ Williams, A. O., et al. (2023), 'A systematic review of discounting in national health economic evaluation guidelines: healthcare value implications', *J Comp Eff Res*, 12 (2).

Tabell 1 Rekommenderad diskonteringsränta för kostnader och hälsoeffekter i europeiska höginkomstländer

Land	Rekommenderad diskonteringsränta		Känslighetsanalyser
	Kostnader (%)	Hälsoeffekter (%)	
Belgien	3,0	1,5	0 och 5 %
Danmark	Finansdepartementets aktuella diskonteringsränta	Finansdepartementets aktuella diskonteringsränta	Rekommenderar diskontering när det finns kostnader och hälsoeffekter som uppstår över många år.
Estland, Lettland, Litauen	5,0	5,0	Ej uppgett
Finland	3,0	3,0	Ej uppgett
Frankrike	4 (år 0-30 i modellen, efter det rekommenderas 2 %)	4 (år 0-30 i modellen, efter det rekommenderas 2 %)	3-6 %
Irland	4,0	4,0	0-10 %
Italien	3,0	3,0	0-5 %
Kroatien	5,0	5,0	3-10 %
Nederländerna	4,0	1,5	Ej uppgett
Norge	4,0 (år 0-39 i modellen <40, efter det 3,0 % till år 74, sedan 2 %)	4,0 (år 0-39 i modellen <40, efter det 3,0 % till år 74, sedan 2 %)	Ej uppgett
Polen	5,0	3,5	0 %
Portugal	5,0	5,0	Ej uppgett
Singapore	3,0	3,0	Ej uppgett
Skottland	3,5 (om tidshorisont <30 år)	3,5 (om tidshorisont <30 år)	0-6 %
Slovakien	5,0	5,0	Ej uppgett
Slovenien	3,0-5,0	3,0	Kostnader 0-8 %
Spanien	3,0	3,0	0-5 %
Storbritannien	3,5	3,5	1,5 %
Sverige			
Tjeckien	3,0	3,0	0 och 5 %
Tyskland	3,0	3,0	0, 5, 7 och 10 %
Ungern	3,7	3,7	Ej specificerat
Österrike	3,0	3,0	0, 5 och 10 %

Som framgår av Tabell 1 tillämpas en diskonteringsränta på 3,5 procent årligen för både kostnader och hälsoeffekter i Storbritannien, men de senaste riktlinjerna från HTA-myndigheten NICE (National Institute for Health and Care Excellence) i Storbritannien²⁸ anger att analyser med en diskonteringsränta på 1,5 procent årligen kan övervägas, för både kostnader och hälsoeffekter, förutsatt att samtliga av följande kriterier uppfylls:

²⁸ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2023), 'NICE health technology evaluations: the manual'.

1. Fördelarna med insatsen förväntas vara mycket långvariga
2. Insatsen är avsedd för personer som annars skulle avlida eller ha en mycket nedsatt livskvalitet
3. Insatsen har sannolikt potential att återställa patienter till full eller nästan full hälsa

Det första kriteriet gäller ofta för folkhälsoinsatser vilka kan ha effekter som uppstår under en lång tidsperiod och kan påverka flera generationer. Även det andra och tredje kriteriet kan gälla för folkhälsoinsatser, men det är inte lika givet utan beror på typ av insats och vilket tillstånd eller riskfaktor det riktas mot. Folkhälsoinsatser genomförs framför allt i främjande och/eller förebyggande syfte, och målgrupperna kan bestå av relativt friska individer som löper en framtida risk att drabbas av en sjukdom. I riktlinjerna från NICE anges det att den beslutsfattande nämnden ska vara övertygad om att det finns ett mycket trovärdigt underlag för att hälsoeffekterna bibehålls över tid för att kunna använda en diskonteringsränta på 1,5 procent. Att bevisa ett sådant starkt kausalt samband mellan folkhälsoinsatser och hälsoeffekter kan vara en utmaning, särskilt om utfallet förväntas uppstå långt in i framtiden.

En översikt av Cohen från 2024 kommer fram till att även trots att det i den ekonomiska litteraturen finns två väl accepterade sätt att bestämma diskonteringsränta, via Ramsey-ekvationen eller att använda marknadsränta, finns det ingen fast hållpunkt för att bestämma dess värde². De parametrar som ingår i Ramsey-ekvationen kan variera stort, och det finns olika marknadsräntor att välja mellan och ingen konsensus kring vilken ränta som ska sätta värdet på diskonteringsräntan. De flesta nationella riktlinjer anger inte heller en motivering för den valda räntan^{2,3}. Detta är även fallet i Sverige och för den ränta som TLV rekommenderar att användas i ekonomiska utvärderingar.

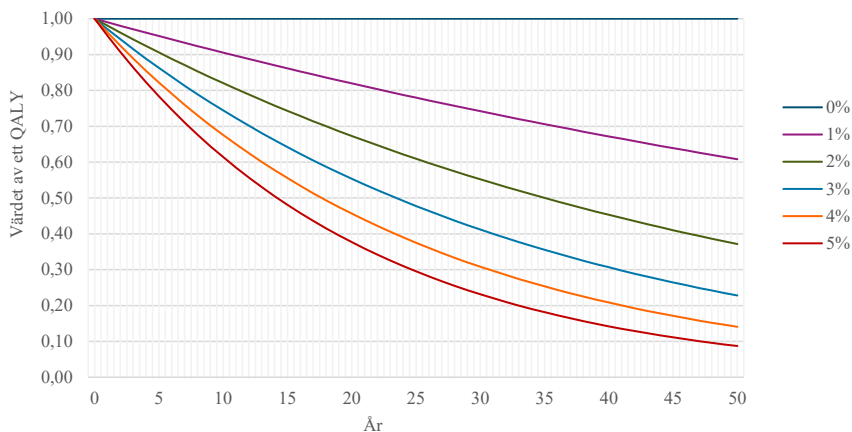
Det faktum att den rekommenderade diskonteringsräntan varierar både mellan myndigheter i Sverige och mellan länder visar på att en samsyn inte förekommer i det praktiska tillämpandet av diskontering i ekonomiska utvärderingar.

Hälsovinster idag gentemot hälsovinster i framtiden

I Figur 1 nedan illustreras värdet av ett QALY över tid givet olika applicerade diskonteringsräntor. Diskonteringsräntan appliceras genom att multiplicera hälsoeffekterna (mätta som QALY) per år med uttrycket: $\frac{1}{(1+r)^t}$ där r är den valda diskonteringsräntan (exempelvis tre procent) och t är antalet år som förflutit från att insatsen infördes. Om hälsoeffekter inte diskonteras (alltså en diskonteringsränta på noll procent årligen används) är ett QALY lika mycket värt oavsett när i tid den skulle uppstå. Ju högre räntan är, desto lägre blir värdet av en framtida QALY. Om ett QALY diskonteras med 1,5 procent årligen värderas ett QALY om 10 år till 0,86 och om 50 år till 0,48. Det innebär att ett QALY om 50 år endast är värt ungefär hälften av ett QALY idag. Om diskonteringsräntan i stället är satt till tre procent, värderas ett QALY som 10 år till 0,74 och om 50 år till 0,23. Med en dubblerad diskonteringsränta (från 1,5 procent till tre procent) minskar värdet av ett QALY med ytterligare ungefär 50 procent. Detta enkla exempel visar den stora effekt som vald diskonteringsränta har vid prioriteringsbeslut med långa tidshorisonter.

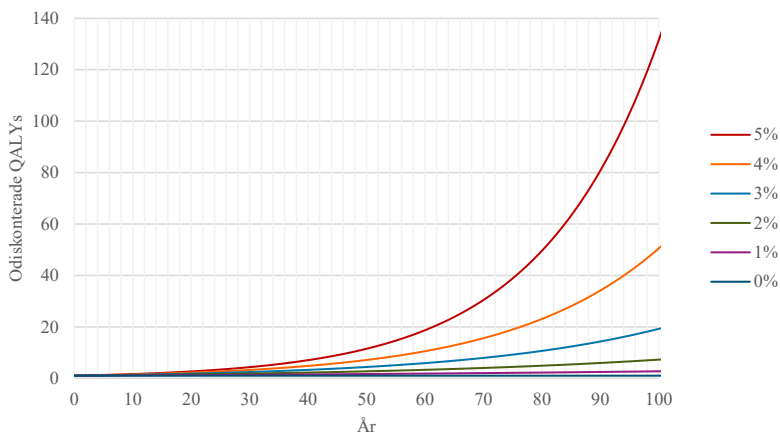
Det är tydligt från Figur 1 att små variationer i diskonteringsränta kan ha en stor påverkan på effekter som uppstår över en längre tidsperiod och därmed även en stor påverkan vid prioritering av insatser som genererar hälsoeffekter i framtiden.

Figur 1 Värdet av ett kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) över en femtioårig tidshorisont givet olika diskonteringsräntor



Vi kan också vända på resonemanget – hur många QALYs i framtiden motsvarar ett QALY idag? Detta redovisas i Figur 2 nedan. På y-axeln redovisas hur många odiskonterade QALY som motsvarar 1 QALY idag, över tid och med olika applicerade diskonteringsräntor. Som kan utläsas från Figur 2 skulle det, vid en diskonteringsränta på tre procent, behövas nästan 20 fulla friska levnadsår (20 QALYs) om 100 år för att vara värt lika mycket som ett QALY idag. På motsvarande sätt är ett fullt friskt levnadsår (1 QALY) idag likställt värdemässigt som 20 fullt friska levnadsår om 100 år. Används en ränta på fem procent skulle ett QALY idag motsvara ungefär 130 QALYs om 100 år. Den relativa skillnaden i värderad hälsa ökar snabbt när diskonteringsräntan höjs med en procentenhet. En högre diskonteringsränta påverkar därför resultaten särskilt mycket om en stor andel av hälsoeffekterna förväntas inträffa långt fram i tiden.

Figur 2 Hur många odiskonterade QALYs behövs för att motsvara ett QALY idag, givet olika diskonteringsräntor



Det finns insatser inom folkhälsoområdet som har tidshorisonter som sträcker sig mycket långt in i framtiden. Exemplet i Figur 2 visar att dessa framtida hälsovinster behöver vara betydande för att ha en påverkan i en ekonomisk utvärdering eftersom en stor andel av hälsovinster riskerar att diskonteras bort i analysen.

Lägre diskontering av kostnader kan påverka resultat i olika riktningar

I ekonomiska utvärderingar av kontinuerliga behandlingar uppstår kostnaderna för behandlingarna oftast under flera år. Behandlingarna medför därmed kostnader över en längre tidsperiod, men kan samtidigt antas leda till besparingar inom hälso- och sjukvården under samma tidsperiod, exempelvis genom minskat resursutnyttjande i vården. Dessa besparingar inom sjukvården är vanligtvis inte större än kostnaderna för behandling över tid²⁹, vilket innebär att de totala kostnaderna, nettokostnaderna, är större än noll.

För vissa folkhälsoinsatser uppstår kostnaderna för insatsen tidigt, och investeringen kan leda till besparingar i hälso- och sjukvården över en längre tidshorison när de positiva hälsoeffekterna uppstår. Det innebär att de stora kostnaderna inträffar under de första åren efter att insatsen införts, men att insatsen på sikt väntas leda till besparingar i hälso- och sjukvården och en kostnad som är lägre än noll över tid.

Om kostnaderna i dessa två scenarier diskonteras leder det till olika effekter på resultaten. I det första scenariot innebär det att både kostnader och besparingar diskonteras över hela tidshorisonen och får därför ungefär samma vikt i analysen. I det andra scenariot, kommer besparingar ges en relativt lägre vikt i analysen eftersom de uppstår över hela tidshorisonen – en stor del av besparingarna kommer alltså att diskonteras ned.

När det gäller preventiva insatser med stora initiala kostnader och hälsoeffekter som uppstår över en längre tidshorison kan därmed diskontering leda till två effekter som är till nackdel för resultaten – inte bara diskonteras en stor del av hälsoeffekterna ned, utan även de besparingar som uppstår som en följd av positiva hälsoeffekter diskonteras ned.

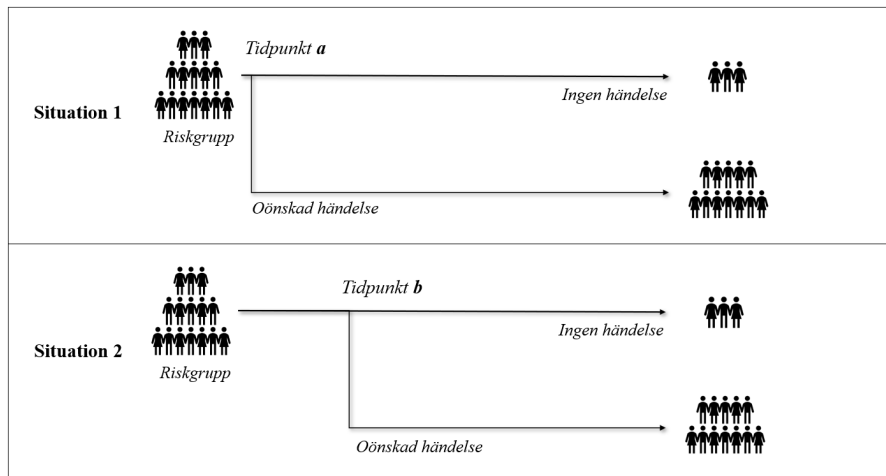
Simuleringsmodell som undersöker hur diskontering påverkar resultaten när hälsoeffekter uppstår vid olika tidpunkter

För att undersöka hur olika nivåer och tillämpningar av diskonteringsränta påverkar resultaten i en ekonomisk utvärdering har vi utvecklat en enkel teoretisk simuleringsmodell. Modellen simulerar kostnader och hälsoeffekter (mätt som QALY) för en grupp över tid, givet två olika situationer. Vi varierar både nivån på diskonteringsräntan för kostnader och för hälsoeffekter och hur diskonteringsräntan används i modellen (konstant över tidshorisonen och samma för kostnader och hälsoeffekter eller differentierad).

De två situationer som simuleras i modellen illustreras i Figur 5 nedan. I båda situationerna följer vi en grupp över tid som löper risk av att drabbas av en viss oönskad händelse. Den största skillnaden mellan situation 1 och situation 2 är tidpunkten för när den oönskade händelsen inträffar. I situation 1 inträffar den oönskade händelsen nästintill omedelbart (tidpunkt a i Figur 5). I situation 2 inträffar den oönskade händelsen 15 år i framtiden (tidpunkt b i Figur 5).

²⁹ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, <<https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/generell-subvention.html?start=20250101-00000000-AM&end=20251231-235959999-PM>>.

Figur 3 Illustration av de två situationer som simuleras i den teoretiska modellen. I situation 1 antas en oönskad händelse inträffa nästintill omedelbart. I situation 2 antas händelsen inträffa i framtiden (om 15 år)



Vi antar att det finns en förebyggande behandling som kan ges idag vilken leder till minskad risk att drabbas av den oönskade händelsen. Risken minskar i båda situationerna, vilket leder till samma odiskonterade hälsovinster. Huvudskillnaden mellan situationerna är därför *tidpunkten* för när händelsen antas inträffa. Kostnader och hälsoeffekter i båda situationerna jämförs med ingen förebyggande behandling.

Följande antaganden har gjorts:

- Kostnaden för förebyggande behandling uppstår omgående
 - Kostnad för insats: 250 000 kr (engångskostnad)
- Den oönskade händelsen är förknippad med:
 - årliga kostnader (exempelvis kostnader för resursutnyttjande i hälso- och sjukvården)
 - Årlig kostnad: 11 000 kr
 - lägre hälsorelaterad livskvalitet, mätt som kvalitetsjusterade levnadsår (QALY)
 - Nedsättning i QALY med 0,07 vid oönskad händelse
 - Ökad risk för mortalitet med 10 procent
- Kohorten antas i genomsnitt vara 10 år gamla vid simuleringens början
- Simuleringen har en livstidshorisont

Vi har genomfört en hälsoekonomisk utvärdering av den förebyggande insatsen i de två olika situationerna. Kostnader och hälsoeffekter för den förebyggande insatsen i de två situationerna jämförs då med kostnader och hälsoeffekter för jämförelsealternativet – utan förebyggande behandling. Resultaten redovisas i Tabell 2 nedan.

Exempel A i Tabell 2 motsvarar den metod och diskonteringsränta som rekommenderas av TLV idag²². Exempel B motsvarar den metod som rekommenderas av Storbritannien idag och exempel C motsvarar den metod som tillämpas vid särskilda situationer i Storbritannien. Exempel D liknar den metod som tillämpas i Norge idag och exempel E och F visar hur resultaten påverkas om kostnader och effekter diskonteras olika, där exempel F även har en sjunkande ränta över tid.

Om vi forslingsvis antar att betalningsvilja för ett QALY är ungefär 500 000 kronor, skulle den preventiva insatsen anses vara kostnadseffektiv i majoriteten av scenarierna i situation 1 (A-C och E-F i Tabell 2), det vill säga när händelsen förväntas inträffa omedelbart. För situation 2 skulle insatsen endast anses vara kostnadseffektiv i exempel C, E och F, alltså när en lägre diskonteringsränta för hälsoeffekter appliceras jämfört med vad som rekommenderas av TLV idag.

Tabell 2 Kostnad per vunnet QALY för situation 1 och situation 2 jämfört med ingen insats vid olika nivåer på diskonteringsräntor. Grön ruta indikerar en kostnad per vunnet QALY < 500 000 kronor och en röd ruta indikerar en kostnad per vunnet QALY > 500 000 kronor.

Applicerad diskonteringsränta	Situation 1 (oönskad händelse inträffar år 1)	Situation 2 (oönskad händelse inträffar år 15)
A) Kostnader: 3 % Hälsoeffekter: 3 %	426 000 kr/QALY	624 000 kr/QALY
B) Kostnader: 3,5 % Hälsoeffekter: 3,5%	499 000 kr/QALY	774 000 kr/QALY
C) Kostnader: 1,5 % Hälsoeffekter: 1,5 %	229 000 kr /QALY	285 000 kr/QALY
D) Kostnader: 4 % <40 år, 3 % ≥40 år Hälsoeffekter: 4 % <40 år, 3 % ≥40 år	555 000 kr / QALY	891 000 kr / QALY
E) Kostnader: 3 % Hälsoeffekter: 1,5 %	278 000 kr/QALY	346 000 kr/QALY
F) Kostnader: 3 % Hälsoeffekter: 3 % <20 år, 1,5 % ≥20 år	350 000 kr/QALY	462 000 kr/QALY

I situation 1 skulle samma beslut fattas nästintill oavsett vilken diskonteringsränta som används, men resultaten varierar ändå relativt mycket mellan de olika exemplen. I exempel C är kostnaden per vunnet QALY 229 000 kronor, medan kostnaden per vunnet QALY ökar till 426 000 i exempel A – alltså en ökning med över 85 procent. Det illustrerar att även om den valda diskonteringsräntan inte påverkar prioriteringsbeslutet kan vilken ränta som väljs och hur den appliceras ha en stor påverkan på resultaten från en ekonomisk utvärdering. Vid en lägre betalningsvilja för ett QALY skulle prioriteringsbeslutet kunna påverkas av en lägre ränta även i situation 1.

I situation 2 har den valda diskonteringsräntan en stor påverkan på prioriteringsbeslutet. Givet den ränta som TLV rekommenderar idag skulle kostnaden för insatsen inte anses vara rimlig i relation till dess hälsoeffekter, men om i stället den ränta som NICE rekommenderar vid särskilda situationer appliceras skulle kostnaden anses vara rimlig, givet en betalningsvilja på 500 000 kronor per vunnet QALY. Alla exempel som har en lägre ränta för hälsoeffekter än vad TLV idag rekommenderar skulle leda till att insatsen i situation 2 bedöms vara kostnadseffektiv. Detta gäller också i exempel F där diskonteringsräntan för hälsoeffekter sjunker över tid.

Simuleringen visar att även om den valda diskonteringsräntan kan ha stor påverkan på kostnaden per vunnet QALY spelar den inte alltid en roll för själva beslutssituationen (se Tabell 2). I situation 1, där hälsoeffekterna från insatsen uppstår omedelbart har den valda diskonteringsräntan inte någon stor påverkan på beslutet, eftersom kostnaden per vunnet QALY understiger betalningsviljan i majoriteten av scenarierna. Detta har även visats i praktiken i beslutsärenden vid TLV. I en rapport från 2023 undersökte TLV om alternativa diskonteringsräntor skulle ha ändrat tidigare förmånsbeslut som hade

fattats för läkemedel mot sällsynta sjukdomar³⁰. Analysen visade att effekten av att använda en lägre diskonteringsränta för hälsoeffekter inte skulle ha påverkat på tillgängliggörandet av läkemedel vid sällsynta sjukdomar, alltså – de fattade prioriteringsbesluten skulle inte ha ändrats med en lägre diskonteringsränta trots att framtida hälsoeffekter givits en högre vikt än vid en lägre ränta. Läkemedel mot sällsynta tillstånd karaktäriseras dock ofta av att vara mycket högt prissatta, vilket kan ha haft en avgörande betydelse i analysen som utfördes av TLV.

³⁰ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2023), 'Stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd – till långsiktigt hållbara läkemedelskostnader'.

Diskussion

Insatser inom folkhälsoområdet kan ofta innebära att hälsoeffekterna uppstår långt in i framtiden, eller att de kvarstår under en längre tid. När hälsoeffekter som uppstår i framtiden diskonteras innebär det att de får ett lägre värde än hälsoeffekter som uppstår närmare i tid till insatsen. Eftersom kostnaderna däremot uppstår direkt innebär det att kostnadseffektiviteten, mätt som kostnad per vunnen hälsoeffekt (hälsoeffekter ofta mätta som kvalitetsjusterade levnadsår: QALY), blir sämre för folkhälsoinsatser än för insatser där även hälsoeffekterna uppstår omgående. Inte alla folkhälsoinsatser, eller förebyggande insatser, leder dock till att hälsoeffekterna uppstår först i framtiden. Vaccination mot säsongsvirus, till exempel, leder snabbt till positiva hälsoeffekter. I sådana fall skulle förstås en lägre diskonteringsränta för hälsoeffekter inte ha någon större påverkan på resultaten. En lägre diskonteringsränta för preventiva insatser leder alltså inte per automatik till att folkhälsoinsatser skulle prioriteras högre än vad de gör idag.

Vi utvecklade en simuleringsmodell för att illustrera hur val av diskonteringsränta, och hur räntan appliceras, påverkar resultaten när hälsoeffekterna uppstår olika lång tid efter att insatsen införts. Förebyggande insatser som ger upphov till kostnader idag och som förväntas leda till positiva hälsoeffekter i framtiden påverkas mer av att hälsoeffekter diskonteras än insatser som förväntas ge omedelbara effekter på hälsan. Detta gäller trots att den absoluta hälsoeffekten blir jämförbar om den inte skulle diskonteras, vilket ju är fallet i situation 1 och situation 2 i simuleringsmodellen. Det innebär att en rad olika faktorer kan behöva vägas in i beslutsproblemet, som inte bara är relaterade till resultaten från en ekonomisk utvärdering. Exempelvis bör beslutsfattare vara medvetna om hur de väljer att värdera hälsoeffekter som uppstår för olika generationer eller för samma generation men vid olika tidpunkter relativt varandra, och dessa värderingar bör vara explicita vid prioriteringsbeslutet.

Den tidspreferensen som individer har innebär att nytta idag värderas högre än nytta i framtiden, exempelvis vet vi att människor gör hälsoval som ger dem nytta idag men leder till icke-nytta i framtiden, även om det också går att argumentera för att hälsa är en speciell typ av vara som inte går att handla över tid. Enligt behovs- och solidaritetsprincipen i den etiska plattformen som styr prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska mer resurser allokeras till de som har störst behov. Vad gäller prioritering av resurser utifrån ett tidsperspektiv kan principen tolkas på två sätt – både som att de individer som riskerar att förlora hälsa i närtid är de med störst behov, men också som att en framtida, och därmed äldre, individ kommer ha större behov av bättre hälsa än en relativt yngre individ.

Det råder större osäkerheter kring de hälsoeffekter som uppstår i framtiden jämfört med de som uppstår idag. Det råder också osäkerhet kring hur tillgången till framtida alternativa behandlingar eller insatser, som potentiellt kan förbättra eller återställa hälsan i större utsträckning än idag, kommer att se ut. Ett sätt att hantera den osäkerheten i ekonomiska utvärderingar är genom diskontering. Myndigheter och institutioner som använder ekonomiska analyser i sitt beslutsfattande kan använda sig av osäkerhetsbedömningar vid prioriteringsbeslut. Om ett underlag som är baserat på en ekonomisk utvärdering bedöms vara väldigt osäkert, exempelvis eftersom effekterna baseras på okontrollerade studier eller osäkra surrogatmått, kan vissa krav ställas på att en kostnad per vunnet QALY bör ligga i det undre spannet av den etablerade betalningsviljan³¹, alternativt att försiktiga antaganden bör tillämpas avseende långtidseffekter, för att kompensera för osäkerheten. Att tillämpa

³¹ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2023), 'NICE health technology evaluations: the manual'.

en lägre diskonteringsränta för hälsoeffekter i sådana situationer innebär att framtida hälsoeffekter ges relativt större vikt, trots de osäkerheter som föreligger, vilket kan uppfattas som motsägelsefullt.

Med det sagt kan det vara viktigt att veta angelägenhetsgraden av att införa insatser idag gentemot i framtiden – att estimerar hur viktigt det är att införa insatsen redan idag för att säkerställa att framtida hälsa inte går förlorad. Inom utvecklingspsykologi finns det så kallade kritiska perioder³². En kritisk period avser en specifik tidsram när en viss färdighet eller förmåga måste utvecklas, som det annars blir mycket svårt eller omöjligt att kompensera för i ett senare skede. Om angelägenhetsgraden av att införa en behandling eller insats bedöms vara kritisk, som exempelvis att hinna vaccinera flera kohorter mot HPV innan sexdebut för att ge ett bättre skydd mot HPV-relaterad cancer, trots att eventuella hälsovinster av insatsen inte förväntas uppstå förrän långt in i framtiden, skulle det kunna anses vara rimligt att beakta detta i beslutsprocessen.

I Sverige följer de flesta myndigheter och forskare som utför ekonomiska utvärderingar inom hälsoekonomi TLV:s rekommendation om att applicera samma diskonteringsränta för kostnader och hälsoeffekter på tre procent årligen och genomför sedan känslighetsanalyser med andra nivåer på räntan, men exempelvis Naturvårdsverket och Trafikverket använder andra nivåer på diskonteringsräntan. Det finns ett uppenbart problem att framtida hälsa värderas olika beroende på vilken myndighet som utför analysen, vilket också gör jämförbarheten mellan de olika sektorerna svårare. Givet ett prioriteringsbeslut mellan två insatser i de olika sektorerna som i framtiden generar lika mycket hälsa, och till samma kostnad, skulle den insats som utvärderas med en lägre diskonteringsränta framstå som mer gynnsam. I artikeln av Attema et al.³ argumenterar artikelförfattarna för att den diskonteringsränta som appliceras ska vara förenlig med beslutssammanhanget och även ramverket som används för den ekonomiska utvärderingen. Det finns dock problem förenade med att välja olika räntor vid olika analyser som alla används för samma syfte (att maximera hälsa) eftersom värderingen (eller den relativa vikten) av framtida hälsa kan skilja sig åt beroende på vilket beslutsproblem som avses. Om detta ska göras bör det finnas tydliga riktlinjer för när en lägre eller annorlunda applicerad ränta ska användas. Det kan med fördel göras i en känslighetsanalys i stället för att ändra grundscenariot, för att säkerställa jämförbarheten mellan olika utvärderingar.

Även om de flesta höginkomstländer rekommenderar en ränta kring tre procent²⁷ finns det en viss variation mellan länder, både i nivå av diskonteringsränta och hur den appliceras – om det är samma för kostnader och hälsoeffekter och om den är konstant över tid. Det gör att jämförbarheten mellan länder försvåras och innebär att resultaten från ekonomiska utvärderingar genomförda i andra länder alltid måste tolkas i ljuset av vilken ränta som använts. Exempelvis skulle insatsen i situation 1 ovan inte anses vara kostnadseffektiv om vi hade använt Norges diskonteringsränta, medan den bedömdes som kostnadseffektiv med Sveriges ränta och den antagna betalningsviljan. Allt annat lika, skulle alltså samma insats inte införas i Norge men i Sverige endast på grund av skillnaden i den använda diskonteringsräntan.

En översikt av Cohen² argumenterar för att den räntenivå som de flesta länder rekommenderar är för hög och borde sänkas. Det baserar han på en minskning i både konsumtion och marknadsräntor som har skett sedan de flesta av rekommendationerna gjordes under tidigt 2000-tal. Han argumenterar vidare för att den rena tidspreferensen, alltså otålighet, troligtvis är större vid individuellt

³² Gillibrand, Rachel, Lam, Virginia, and O'Donnell, Victoria L. (2016), *Developmental psychology* (Second Edition. edn.; Harlow, England: Pearson).

beslutsfattande än för generationer. Investeringar i folkhälsa har ofta ett ”flergenerationsperspektiv” (även om olika generationer kan representeras av efterföljande patientkohorter) och då är tidspreferensen eventuellt inte lika tydlig. I Cohens artikel uppmanas forskare att i känslighetsanalyser applicera en lägre diskonteringsränta, i varje fall i känslighetsanalyser, trots att de nationella riktlinjerna antagligen kommer att ändras långsamt². Detta för att resultaten från ekonomiska utvärderingar ska återspegla samhällets preferenser i större utsträckning. Artikeln av Attema et al. argumenterar för att mer empirisk forskning behövs för att erhålla de estimat som behövs för att bestämma diskonteringsräntan, men artikelförfattarna menar även att stabilitet och jämförbarhet över tid behöver strävas efter varför räntorna inte ska ändras frekvent utan mer sällan³. Diskonteringsräntan kan också ändras för att ge större vikt åt framtida generationer, om det är något som beslutsfattare eftersträvar, men det kräver mer normativ och empirisk forskning.

Slutsats

Sammanfattningsvis anser vi att det inte finns någon anledning att revidera den ränta som idag rekommenderas av TLV – alltså tre procent för både kostnader och hälsoeffekter, eller att applicera en lägre diskonteringsränta för hälsoeffekter än för kostnader i ett grundscenario. Konsekvenserna av att ändra den rekommenderade diskonteringsräntan behöver undersökas ytterligare. En ändrad diskonteringsränta, och då specifikt en lägre ränta för hälsoeffekter, kan leda till större utgifter inom hälso- och sjukvårdssektorn eftersom fler insatser skulle anses vara kostnadseffektiva och införas om inte även betalningsviljan sänktes i samband med detta. En konsekvensanalys av hur detta skulle påverka samhällskostnaderna behöver därmed utföras.

Det är viktigt för beslutsfattare att vara medvetna om vilken effekt som diskontering av framtida kostnader och hälsoeffekter har på resultaten från en ekonomisk utvärdering. Det finns därför anledning att genomföra uttömmande känslighetsanalyser av diskonteringsräntans påverkan på resultaten från en ekonomisk utvärdering och värdera detta vid prioriteringsbeslut. Det finns också ett värde i att rapportera hur och varför diskontering har använts – inte bara för det aktuella beslutsproblemet utan även för att möjliggöra jämförelse mellan studier, nationellt och internationellt. Vi föreslår att känslighetsanalyser med både olika nivåer på räntan och olika appliceringssätt (exempelvis lägre ränta för hälsoeffekter och avtagande ränta över tid) ska genomföras för att undersöka hur det påverkar resultaten i en ekonomisk utvärdering. Vi vill även understryka vikten av att lyfta diskonterings påverkan på resultaten till beslutsfattaren. Detta är speciellt angeläget i situationer där diskontering har en stor påverkan – alltså situationer där hälsoeffekterna uppstår över längre tidshorisonter. Eftersom detta ofta är fallet vid preventiva insatser och insatser inom folkhälsoområdet finns det anledning att vara extra uppmärksam på effekten av diskontering i dessa analyser och att vara transparent i den sammanvägda bedömningen av hur diskontering har påverkat prioriteringsbeslutet.

Referenser

- Attema, A. E. and Brouwer, W. B. (2009), 'The correction of TTO-scores for utility curvature using a risk-free utility elicitation method', *J Health Econ*, 28 (1), 234-43.
- Attema, A. E., Brouwer, W. B. F., and Claxton, K. (2018), 'Discounting in Economic Evaluations', *Pharmacoeconomics*, 36 (7), 745-58.
- Brouwer, W. B., et al. (2005), 'Need for differential discounting of costs and health effects in cost effectiveness analyses', *BMJ*, 331 (7514), 446-8.
- Cohen, J. T. (2024), 'It Is Time to Reconsider the 3% Discount Rate', *Value Health*, 27 (5), 578-84.
- Drupp, Moritz A., et al. (2018), 'Discounting Disentangled', *American Economic Journal: Economic Policy*, 10 (4), 109-34.
- Folkhälsomyndigheten (2024), 'Hälsoekonomiska utvärderingar av catch-up-vaccination mot humant papillomvirus av pojkar och män och riktade insatser till specifika grupper'.
- Frederick, Shane, Loewenstein, George, and O'Donoghue, Ted (2003), 'Time discounting and time preference: A critical review', *Time and decision: Economic and psychological perspectives on intertemporal choice*. (New York, NY, US: Russell Sage Foundation), 13-86.
- Gillibrand, Rachel, Lam, Virginia, and O'Donnell, Victoria L. (2016), *Developmental psychology* (Second Edition. edn.; Harlow, England: Pearson), 623 pages.
- Gollier, Christian (2013), *Pricing the planet's future : the economics of discounting in an uncertain world* (Princeton: Princeton University Press) ix, 232 p.
- Gravelle, H. and Smith, D. (2001), 'Discounting for health effects in cost-benefit and cost-effectiveness analysis', *Health Econ*, 10 (7), 587-99.
- Hultkrantz, L. (2021), 'Discounting in economic evaluation of healthcare interventions: what about the risk term?', *Eur J Health Econ*, 22 (3), 357-63.
- Jit, M. and Mibe, W. (2015), 'Discounting in the evaluation of the cost-effectiveness of a vaccination programme: A critical review', *Vaccine*, 33 (32), 3788-94.
- Keeler, Emmett B. and Cretin, Shan (1983), 'Discounting of Life-Saving and Other Nonmonetary Effects', *Management Science*, 29 (3), 300-06.
- Klock, R. M., et al. (2005), 'Towards a healthier discount procedure', *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 5 (1), 59-63.
- Loewenstein, George and Prelec, Drazen (1992), 'Anomalies in Intertemporal Choice: Evidence and an Interpretation', *The Quarterly Journal of Economics*, 107 (2), 573-97.
- MacKeigan, Linda D., Gafni, Amiram, and O'Brien, Bernie J. (2003), 'Double discounting of QALYs', *Health Economics*, 12 (2), 165-69.
- Meerding, W. J., et al. (2010), 'Social time preferences for health and money elicited with a choice experiment', *Value Health*, 13 (4), 368-74.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2023), 'NICE health technology evaluations: the manual'.
- Postma, M. J., Parouty, M., and Westra, T. A. (2013), 'Accumulating evidence for the case of differential discounting', *Expert Rev Clin Pharmacol*, 6 (1), 1-3.
- Socialstyrelsen (2022), 'Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd?'.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) 'Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten: En metodbok.', <<https://www.sbu.se/sv/metod/metodboken-2023/?lang=sv>>.
- Stennek, J (2021), 'Om diskontering vid värdering av läkemedel'.
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2025), <<https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/generell-subvention.html?start=20250101-00000000-AM&end=20251231-235959999-PM>>.
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2017), 'Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets allmänna råd om ekonomiska utvärderingar, (TLVAR 2003:2)'.
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2023), 'Stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd – till långsiktigt hållbara läkemedelskostnader'.
- Trafikverket (2024), 'Analysmetod och samhällsekonomiska kalkylvärden för transportsektorn ASEK 8.0'.
- van Hout, B. A. (1998), 'Discounting costs and effects: a reconsideration', *Health Econ*, 7 (7), 581-94.

- Weinstein, M. C. and Stason, W. B. (1977), 'Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices', *N Engl J Med*, 296 (13), 716-21.
- Williams, A. O., et al. (2023), 'A systematic review of discounting in national health economic evaluation guidelines: healthcare value implications', *J Comp Eff Res*, 12 (2).

4 Etiska principer för folkhälsoprioriteringar

Lars Sandman

4.1 Introduktion till kapitlet

I detta kapitel beskrivs etiska aspekter kopplade till folkhälsoinsatser, med fokus på prioriteringar. Kapitlet inleds med en kortfattad genomgång av etiska frågeställningar inom folkhälsoområdet i den internationella litteraturen. Därefter beskrivs den etiska plattformen för prioritering av offentligt finansierad hälso- och sjukvård som riksdagen antog 1997, samt kortfattat hur några andra europeiska länder valt att förhålla till frågor om prioritering av folkhälsoinsatser. Därefter kommer ett avsnitt som diskuterar hur den svenska etiska plattformen kan (eller inte kan) användas i relation till de folkhälsopolitiska målen. Avslutningsvis presenteras några slutsatser och råd för vad man bör överväga vid prioritering av folkhälsoinsatser.

4.2 Etiska problemställningar inom folkhälsoområdet

I *Stanford Encyclopedia of Philosophy* finns en mycket informativ genomgång av etiska aspekter och diskussioner inom folkhälsoområdet som kommer ligga till grund för presentationen i detta avsnitt¹. Utifrån ett etiskt perspektiv finner vi ett antal områden som är föremål för analys och diskussion när det gäller folkhälsa. En kategori handlar om frågor kring hur begrepp som *folket* och *hälsa* ska förstås. En kategori handlar om frågor om prioriteringar och rättvisa när det gäller fördelning av resurser till folkhälsoinsatser. En tredje kategori handlar om frågor angående legitimitet och autonomi relaterade till folkhälsoinsatser. I detta avsnitt kommer jag följa den kategoriindelningen.

Man konstaterar också att det finns två huvudsakliga aspekter som skiljer folkhälsoetik från medicinsk eller klinisk etik inom hälsoområdet. Den första aspekten är att folkhälsoinsatser fokuserar i stor utsträckning på att förbättra hälsan för populationer, snarare än individer (vilket är mer i fokus för medicinsk och klinisk etik). Den andra aspekten är att folkhälsoinsatser ofta sker på initiativ från myndigheter eller företrädare för staten eller samhället, snarare än på initiativ av individer eller andra icke-statliga aktörer. I båda fallen väcker det speciella etiska frågeställningar för folkhälsoområdet.

4.2.1 Begreppsliga frågor

När man pratar om folkhälsoetik behöver man reda ut, dels vad man menar med folk eller folket, dels vad man menar med hälsa. I den engelska litteraturen gör man skillnad mellan begreppen *community*, *public* och *population* för att indikera skillnader i förståelsen av begreppet folk. *Community* uppfattas som grupper av människor med gemensamt språk, kultur, historia och därmed också en gemensam syn på vad som är

¹ R. Faden, J. Bernstein & S. Shebaya. Public Health Ethics. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. (2025). Edward N. Zalta & Uri Nodelman (eds.), <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2025/entries/publichealth-ethics/>>.

gott eller värdefullt som man kan hänvisa till för att motivera folkhälsoinsatser. *Public* ses som ett mer neutralt begrepp i termer av värdegemenskap, men med gemensamma politiska institutioner. Samtidigt menar man att båda begreppen betecknar något som har en begränsad geografisk utsträckning. Eftersom folkhälsofrågor inte nödvändigtvis kan begränsas till en lokal eller regional kontext utan i vissa fall har globala implikationer, exempelvis när det gäller smittskyddsfrågor, så föredrar därför en del författare det än mer neutrala begreppet *population* som kan ges olika innebörd i termer av exempelvis samhörighet och geografisk utsträckning. Svenskan har inte självklart begrepp som fullt ut svarar mot dessa begrepp, men kanske begreppen *samhälle*, *befolkning* och *population* delvis göra det. I detta kapitel kommer jag dock lämna denna begreppsliga fråga och använda begreppet folk med den breda användning som det förefaller ha inom folkhälsoområdet i Sverige.

Den andra begreppsliga frågan är vad som menas med hälsa i begreppet folkhälsa. Hälsobegreppet har varit föremål för diskussion under en mycket lång tid inom filosofi och etik, utan att man har nått konsensus om hur begreppet ska förstås. Kortfattat kan man säga att de huvudsakliga riktningarna i den diskussionen handlar om huruvida hälsa (och korresponderande begrepp som sjukdom) kan förstås värdeneutralt i biologiska eller s.k. biostatistiska termer eller om hälsobegreppet måste involvera värdeelement i form av sådant som preferenser, mänskliga mål, subjektiva värderingar². Detta involverar också en mängd olika förståelser för hur hälsa relaterar till mänsklig välfärd eller ett gott liv mer generellt: är det instrumentellt relaterat, en förutsättning, eller en konstitutiv del av ett gott liv och välfärd. Det är dock viktigt att betona i detta sammanhang att ingen teoretiker har föreslagit att hälsobegreppet är ekvivalent med välfärdsbegreppet eller begreppet gott liv. Istället anses välfärdsbegreppet ha en vidare begreppslik extension (dvs omfattar mer aspekter än bara hälsa). Även om jag inte kommer att utveckla eller göra en stor poäng av olika förståelser av hälsobegreppet i detta kapitel, så är den senare poängen central eftersom den innebär att vissa av de aspekter som kan vara centrala för skillnader i folkhälsa, exempelvis inkomstskillnader eller skillnader i utbildningsnivå, inte enbart kan ses som hälsoproblem utan i stor utsträckning också kan ha en instrumentell (eller annan) relation till andra delar av mänsklig välfärd. Detta kan påverka sådant som hur vi bör se på sådant som fördelning av inkomst eller tillgång till utbildning (se avsnittet om folkhälsomålen nedan). Följande citat från Stanford Encyclopedia of Philosophy kan illustrera detta för en annan faktor som kan påverka folkhälsa, nämligen frågor om våld: "... while reducing violence is critical to population health, that does not mean that law enforcement, the criminal

² Se exempelvis C. Boorse. On the Distinction Between Disease and Illness. *Philosophy and Public Affairs*, 5:1, (1975), pp.49–68 och L. Nordenfelt. *On the nature of health : an action-theoretic approach*. 2 uppl. (Kluwer, 1995).

justice system, diplomacy and international relations should be considered tools of public health.”³. Låt mig återkomma till det längre fram i kapitlet.

En annan begreppslig eller ontologisk fråga som kan kopplas till fokus på populationer inom folkhälsoområdet, är huruvida populationer kan ha hälsa i sig eller om det endast handlar om aggregering av individers hälsolivåer. Det är dock inte helt klart huruvida detta bara är en ontologisk fråga eller om det också får konsekvenser för vilka etiska slutsatser man kan dra, och jag kommer därför lämna den frågan i detta sammanhang.

Avslutningsvis, att folkhälsoområdet ofta implicerar att statliga aktörer, myndigheter eller andra motsvarande organ tar initiativ och agerar, ska dock inte ses som en begreppslig fråga. Något kan vara en folkhälsoinsats, även om initiativet och agerandet kommer från någon annan aktör, exempelvis frivilligorganisationer eller mig som individ (som söker hjälp för att ändra mina levnadsvanor). Detta innebär också att gränsen mellan folkhälsoinsatser och medicinsk eller annan behandling inom hälso- och sjukvården inte nödvändigtvis är skarp.

4.2.2 Distributiv rättvisa och fördelning av resurser

Inom folkhälsoområdet, liksom inom många andra offentligt finansierade verksamheter, är en central fråga hur vi bör fördela begränsade resurser för att uppnå målet eller målen med verksamheten, i detta fall folkhälsa. Detta brukar kallas för frågor om distributiv rättvisa och inom det filosofiskt-etiska fältet hittar vi en uppsättning generella rättviseteorier med åtföljande diskussioner som vi även kan koppla till folkhälsoområdet. Dessa teorier kan delas in i två huvudsakliga kategorier. Den första kategorin ger uttryck för någon form av utilitaristisk inställning, dvs. att vi ska försöka maximera eller optimera det värde vi strävar efter (folkhälsa) och att det enda vi därmed intresserar oss för är att våra resurser används så effektivt som möjligt för att realisera detta värde. Den andra kategorin lägger (utöver effektivitet) vikt vid jämlikhet eller motsvarande värden. I denna andra kategori hittar vi så kallat egalitaristiska teorier som har primärt fokus på jämlikhet, antingen jämlikhet när det gäller förutsättningar för att uppnå god hälsa, eller jämlikhet när det gäller utfall i termer av hälsa⁴. Vi återfinner även prioritaristiska teorier som balanserar jämlikhetsöverväganden mot effektivitetsöverväganden genom att lägga större vikt vid hälsovinster som drabbar populationer som har det sämre ställt i utgångsskedet⁵. Slutligen finns det så kallade sufficientaristiska teorier som lägger vikt vid att alla bör uppnå en miniminivå av god hälsa, men att skillnader utöver det kan ses som acceptabla eller mindre etiskt problematiska⁶. Alla dessa teorier behöver förhålla sig till den begreppsliga frågan ovan,

³ Faden et al. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*.

⁴ R. j. Arneson. Equality and Equal Opportunity for Welfare. *Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition*. 56:1 (1989), pp. 77-93; L. S. Temkin. *Inequality*. (Oxford University Press 1987).

⁵ D. Parfit. Equality and Priority. *Ratio*, X:3 (1997) 0034-0006.

⁶ R. Crisp. Equality, Priority, and Compassion. *Ethics*. 113:4 (2003), pp. 745-763.

dvs. vad är hälsa och hur den kan påverkas genom att fördela resurser på ett visst sätt (eftersom vi inte kan fördela hälsa i sig mellan olika populationer). Likaså behöver de förhålla sig till frågan om hur hälsa och andra värden förhåller sig till varandra. Norman Daniels⁷ har exempelvis argumenterat för att jämlik hälsa (upp till en viss nivå) är centralt för att skapa jämlika möjligheter (generellt) i samhället. Om vi är drabbade av ohälsa eller sjukdom så kan vi kanske inte studera eller arbeta och därmed skapa möjligheter för att realisera vår idé om vad som är ett gott liv. En annan syn, framför av bland andra Amartya Sen och Martha Nussbaum, är att fokusera på att människor behöver vissa *capabilities* för att kunna realisera ett gott liv där god hälsa kan vara en sådan *capability*⁸. Åter andra har argumenterat för att hälsa helt enkelt är en konstitutiv del av det goda livet (inte bara en förutsättning för det) eller att det är en mänsklig rättighet⁹. Vilken syn man landar i får konsekvenser för vad som är en rimlig fördelning av resurser. Här kan man lägga till att det finns teoretiker, framförallt Michael Walzer, som menar att vad som är en rimlig rättviseteori beror på vad det är som ska fördelas¹⁰. Han argumenterar för att det finns olika rättvisefärer som bör följa olika mönster för rättvis fördelning, exempelvis att hälsa och resurser som syftar till att åstadkomma hälsa bör fördelas efter behov, medan fördelningen av inkomstresurser eller tjänster bör ta hänsyn till sådant som förtjänst, hur man har bidragit till verksamheten och på motsvarande sätt att betyg bör fördelas efter huruvida man uppnått målen för studierna eller akademisk förtjänst och skicklighet. Om vi accepterar en sådan syn, så får det konsekvenser för de områden av folkhälsoarbetet som kanske berör flera olika rättvisefärer, exempelvis inkomstområde och utbildningsområdet.

Med tanke på det fokus som finns på populationer inom folkhälsoområdet, så väcks också frågor kopplade till aggregering av hälsa. Att använda aggregerade mått som genomsnittlig förväntad återstående livslängd, eller immuniseringsgraden i befolkningen kan riskera att dölja etiska relevanta skillnader i befolkningen, exempelvis mellan män och kvinnor, olika etniska grupper, eller socioekonomiska skillnader. I en studie från Norge har man visat att även om den norska populationen i sin helhet har en hög genomsnittlig förväntad återstående livslängd vid födseln (ett mått som ofta används vid jämförelser av hälsonivåer mellan olika länder) så är skillnaden i förväntad överlevnad mellan den lägsta och högsta kvintilen i den norska befolkningen i storleksordningen 30 år¹¹. Detta kan ju vara högst relevant för hur man bör fördela resurser inom ramen för det norska folkhälsoarbetet, där man, om man lägger vikt vid utgångsläget för populationen

⁷ N. Daniels. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. (Cambridge University Press 2008).

⁸ Q. Sen. *Inequality Re-examined* (Clarendon Press 1992); M. Nussbaum. *Frontiers of Justice*. (Harvard University Press 2008).

⁹ M. Powers & R. Faden. *Social Justice*. (Oxford University Press 2006); J.M. Mann. Health and Human Rights. *BMJ* 312 (7036) (1996), pp. 924.

¹⁰ M. Walzer. *Spheres of Justice*. (Basic books 1984)

¹¹ S.A. Horn, O.F. Norheim & M. Barra. An Alternative Approach to Measuring Health Inequality in Norway and Implications for Municipal Priority Setting. *Tidskrift for omsorgsforskning*. 10:2, (2024), pp 65–89, <https://doi.org/10.18261/tfo.10.2.6>.

som de flesta egalitaristiska eller prioritaristiska teorier gör, bör fokusera på att försöka lyfta den kvintil som ligger lägst och inte vara nöjd med att man har en hög genomsnittlig nivå. En annan etisk diskussion rör de mått man använder för att mäta hälsolivån i befolkningen, exempelvis mått som QALY (quality adjusted life-years), DALY (disability adjusted life-years), DALE (disability adjusted life-expectancy). Här finns det diskussioner kring i vilken utsträckning dessa missar viktiga aspekter av hälsan eller att de likställer kvalitativt olika dimensioner, huruvida de är diskriminerande för populationer med funktionshinder, eller för populationer i olika åldrar¹². Vissa av de hälsoekonomiska metoder som använder sig av dessa mått kritiseras för att de endast fokuserar på att resurserna används så effektivt som möjligt för att åstadkomma så mycket hälsa som möjligt och därmed missar viktiga aspekter kopplade till rättvisa och jämlikhet. Här finns det dock metoder som delvis försöker råda bot på detta genom att integrera den typen av hänsyn i den ekonomiska analysen, se kapitel 5 om *distributional cost-effectiveness analysis*. Ett annat sätt att hantera detta är att se den ekonomiska analysen som en del av beslutsunderlaget och även väga in andra aspekter, exempelvis utgångsläget för de populationer som berörs av insatser, det som ofta kallas för svårighetsgraden¹³, och tillämpa en prioritaristisk eller egalitaristisk ansats. Eller genom att sätta upp målvärden för en hälsolivån som alla bör uppnå (alltså någon form av sufficientaristisk teori) och bedöma i vilken utsträckning olika insatser når detta. Dessa olika angreppssätt kan ha olika för- och nackdelar. Genom att väga in dessa hänsyn i den ekonomiska analysen, görs det på ett konsistent sätt men hur utfallet blir beror på vilken data man stoppar in och hur den lyckas avpegla de relevanta rättviseöverväganden som man vill göra. Likaså riskerar det kanske att dölja att det har gjorts ett antal ställningstaganden angående olika värden. I den bemärkelse är det kvalitativa angreppssättet mer transparent med att det skett en avvägning mellan olika värden, men riskerar kanske å andra sidan att vara mindre konsistent över olika bedömningar.

Ytterligare en rättvisefråga i samband med folkhälsoinsatser är när nytta och risker drabbar olika populationer. Inom den medicinska eller kliniska etiken, så sker ju ständigt avvägningar mellan risker och nyttor med olika behandlingar. Detta kan vara svåra avvägningar, men eftersom det ofta handlar om att riskerna och nyttorna drabbar samma individ, så kan man ofta landa i en bedömning, inte minst genom att också involvera den patient som berörs och låta hens inställning vara vägledande. Många folkhälsoinsatser kan dock vara av den karaktären att riskerna och nyttorna drabbar olika populationer, exempelvis när en lågriskpopulation vaccineras för att primärt

¹² Se till exempel K. Kappel & P. Sandoe, 1992. QALYs, Age and Fairness. *Bioethics*, 6:4, (1992), pp. 297–316; E. Nord. Concerns for the Worse Off: Fair Innings Versus Severity. *Social Science & Medicine*, 60:2, (2005), pp. 257–263; S.J. Whitehead & S. Ali. Health Outcomes in Economic Evaluation: The QALY and Utilities. *British Medical Bulletin*, 96:1, (2010), pp. 5–21; M.O. Soares. Is the QALY Blind, Deaf and Dumb to Equity? NICE's Considerations Over Equity. *BMJ*.101:1, (2012), pp. 17–31; S.A. Schroeder. Value Choices in Summary Measures of Population Health. *Public Health Ethics*, 10:2, (2017), pp. 176–187.

¹³ Nord, *Social Science & Medicine*, pp. 257–263.

skydda individer med hög risk att drabbas av tillståndet, eller när vi genomför primärpreventiva åtgärder som kommer gynna en mindre andel av populationen, men där hela populationen riskerar att drabbas av negativa biverkningar eller effekter av insatsen ifråga. Här kan man argumentera utifrån ömsesidighet eller reciprocitet. Genom att ha en ordning där man utsätter lågriskgrupper för vissa risker för att skydda högriskgrupper, så kommer de som sedan blir högrisk (men nu är lågrisk) gynnas av detta i framtiden. Ett sådant argument har dock sina begränsningar, dels eftersom en lågriskindivid kanske aldrig blir en högriskindivid (även om vi väger in många olika typer av tillstånd) och därmed inte gagnas av en sådan inställning, dels eftersom det inte ger särskilt mycket vägledning kring hur stora risker vi kan utsätta en population för i syfte att gynna en annan population. En annan form av argument är mer kopplade till att utjämna skillnader i hälsa i befolkningen och åstadkomma en mer jämlik hälsolivå. Om en grupp som redan har en ganska god hälsa får utstå vissa risker som innebär en viss försämring, kan det kanske accepteras om det samtidigt gynnar en population som har en betydligt sämre hälsa mer substantiellt. Återigen kräver även ett sådant resonemang en bedömning av hur stora risker (eller försämringar) som kan accepteras och hur stora hälsovinsterna ska vara för att motivera dessa.

Ytterligare en rättvisediskussion handlar om fördelningen av resurser mellan preventiva eller förebyggande insatser och insatser för att förbättra hälsan för grupper som redan har en utvecklad ohälsa. Jag kommer återkomma till den frågan i avsnittet där jag diskuterar olika aspekter av den etiska plattformen, eftersom den kan kopplas till frågan om svårighetsgrad. Generellt kan den frågan kopplas till en rad olika etiska frågeställningar. Är det rimligt att värdera det som händer nu annorlunda jämfört med det som händer i framtiden? Är det rimligt att värdera det som händer identifierade individer annorlunda än det som händer statistiska individer eller populationer? Och om vi kopplar samman dessa, är det rimligt att värdera det som händer nuvarande populationer annorlunda än det som händer framtida populationer? Alla dessa frågeställningar är högst relevanta för folkhälsoområdet. I den mån det finns preferenser i befolkningen för att prioritera nu framför sedan, eller identifierade individer framför statistiska, så skulle en del etiker och filosofer hävda att det rör sig om psykologiska biases (eller snedvridningar) som leder fel och att vi bör försöka undvika att låta oss påverkas av dessa¹⁴. Den starka utvecklingen av beslutsekonomi eller beslutsforskning har ju pekat på att vi har mönster som kanske inte alltid låter sig motiveras på ett rationellt eller rimligt sätt¹⁵. Generellt är min bedömning att det är svårt att hitta några fullgoda skäl för varför vi skulle värdera framtida ohälsa eller ohälsa som drabbar icke-identifierade individer i sig som mindre värd att väga in vid fördelningen av resurser och att göra så verkar leda till kontrainuitiva konsekvenser – exempelvis att vi avstår från att förhindra katastrofala framtida händelser eller händelser som drabbar statistiska

¹⁴ D. Parfit. *Reasons and Persons*. (Oxford University Press 1986).

¹⁵ D. Kahneman. *Tänka snabbt och långsamt*. (Volante 2024).

individer. Däremot kanske det kan finnas andra skäl för varför vi förhåller oss olika i dessa fall, exempelvis att det råder osäkerheter kopplade till framtiden och vad som kan komma att hända vilket kan påverka rimligheten att avsätta resurser för att påverka framtida händelser och på motsvarande sätt när det gäller att påverka identifierade individer i relation till statistiska individer¹⁶.

Innan jag avslutar detta avsnitt kring rättvisefrågor, så ska jag beröra frågor om personligt ansvar, stigma och global rättvisa. Inom folkhälsoområdet så finns det ju ett starkt fokus på människors livsstil eller livsstilsval och hur dessa påverkar hälsoläget. Insatser kopplade till faktorer som rökning, alkohol, mat, träning är legio inom folkhälsoarbetet. Huruvida vi börjar röka, eller dricka och i vissa fall fortsätter med det eller inte, förefaller ju vara kopplat till mänskliga val. På samma sätt, vilken mat vi äter eller inte äter, om vi motionerar och tränar eller inte, förefaller ju också vara kopplat till vilka val vi gör. Därmed verkar det i dessa fall finnas en koppling mellan individuella val och den hälsa vi har eller får. Detta till skillnad från om vi drabbas av ärftliga tillstånd, eller olyckor som vi inte kunde lastas för eller utsätts för hälsorisker genom utsläpp av miljöfarligt avfall (av någon annan). Detta har genererat en omfattande etisk diskussion kring om, och i så fall hur, vi bör väga in personligt ansvar som en faktor när vi fördelar resurser till folkhälsoinsatser. Det har även lett till utvecklingen av en egen rättviseteori, kallad luck-egalitarianism, som kortfattat går ut på att vi bör eftersträva jämlik fördelning i den mån det inte handlar om att våra val har försatt oss i ett sämre läge¹⁷. Anledningen till att man använder sig att beteckningen luck-egalitarianism, är att man skiljer mellan *option* och *brute luck*. *Brute luck* handlar om att man drabbas av något oavsett vilket val man gjort, och att det inte finns någon koppling mellan valet och det man drabbas av. *Option luck*, å andra sidan, innebär att man gjort ett val, som innebär att man utsätter sig för en risk och att den risken sedan realiserar, exempelvis att man åker motorcykel utan hjälm och drabbas av en olycka med en allvarlig huvudskada som följd (som hade undvikits med hjälmen). Det finns stöd för att man i vissa delar i befolkningen och även bland hälso- och sjukvårdspersonal anser att denna typ av riskbeteende borde vägas in, framförallt inom ramen för ett offentligt finansierat hälso- och sjukvårdssystem där kostnaden för huvudskadan i form av vårdresurser kunde använts till andra patienter. En svensk avhandling, *Just responsibilities? On responsibility for health in Swedish healthcare priority setting*, av Joar Björk, avhandlar denna frågeställning ingående både utifrån ett normativt och empiriskt perspektiv¹⁸. Där lyfts ett antal kritiska frågor när det gäller att väga in personlig ansvar. I vilken utsträckning kan det sägas vara ett tillräckligt fritt val, framförallt när det gäller sådant som ger upphov till beroendeproblematik som rökning eller alkohol? Eftersom den mesta ohälsan är multifaktoriell, hur ska just det individuella

¹⁶ L. Sandman Lars & J. Liliemark. Should severity assessments in healthcare priority setting be risk and time-sensitive? *Health Care Analysis* 31:3-4, (2023), pp. 169-185.

¹⁷ S. Segall. *Health, Luck, and Justice*. (Princeton University Press 2010).

¹⁸ J. Björk. *Just responsibilities? On responsibility for health in Swedish healthcare priority setting*. Doktorsavhandling. (Karolinska institutet 2021)

valet vägas i relation till andra faktorer som påverkade att personen drabbades? Om vi väger in detta, riskerar vi då förstärka tidigare ojämlikheter i hälsa på ett problematiskt sätt? Hur ska vi väga in det mer praktiskt och vilka konsekvenser får det för relationen mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal? Å andra sidan, är ju samhället ofta angeläget att försöka stödja medborgarna till att ta ett större ansvar för sina livsstilsval genom information eller annan form av påverkan. Samtidigt, ett annat sätt att påverka detta är genom att försvåra eller fördyra vissa val och förenkla andra val (se nedan angående autonomi) och inte lägga det på personens individuella ansvar. En annan aspekt som delvis kan kopplas till frågan om individuella val, är frågan om stigma¹⁹. Vissa typer av folkhälsoinsatser, kanske framförallt om de kopplas till vissa livsstilval eller livsstilsaspekter, kan ju vara förknippade med stigma. Det vill säga att man förmedlar att vissa grupper innebär ökade kostnader för samhället genom behov av insatser på grund av sin problematiska livsstil eller sina problematiska val, eller till och med kanske ses om moraliskt lägre värderade personer för att de inte kan göra de val som värderas som rätta enligt samhället. Likaså kan man se det som att man därmed undviker att uppmärksamma underliggande ojämlikheter, exempelvis i inkomst eller utbildning, som ligger till grund för eller påverkar livsstilsvalen och därmed lägger skuld på individen för en orsak som de inte själva kan påverka. En sådan stigmatisering riskerar också att ytterligare förstärka redan existerande hälsoskillnader eller ojämlikheter. Vissa har hävdats att den typen av stigmatisering kan motivera till livsstilsförändringar, medan andra menar att det inte är en effektiv metod utan kanske snarare har motsatt effekt genom att grupper tappat modet om möjligheten till förändring eller blir obstinata²⁰. Fokus på personligt ansvar och stigmatisering kan också leda till en individualisering av folkhälsoarbetet, när man istället borde fokusera på strukturella åtgärder som kanske är mer effektiva.

Avslutningsvis i denna del om rättviseaspekter bör diskussionen om global rättvisa nämnas. Ovan berördes att frågor om folkhälsa kan aktualisera globala överväganden, eftersom vissa folkhälsoproblem inte respekterar geografiska gränser. Men det finns en bredare etisk fråga kopplad till rättvisa som handlar om i vilken utsträckning vi som tillhör den rika delen av världen har ett ansvar för och bör väga in frågor om rättvis fördelning av resurser på ett globalt plan, en fråga som även aktualiseras på folkhälsoområdet. Om vi endast fokuserar på de hälsoproblem som vi kan påverkas av genom sådant som smittspridning, så kan man hänvisa till att vi har ett egenintresse av att stödja även andra länder med folkhälsoproblem. Ett sådant argument har ju dock en begränsad räckvidd om vi breddar perspektivet till andra folkhälsoproblem. Då behöver vi lyfta aspekter kopplade till humanitära överväganden eller rättviseöverväganden.

¹⁹ R. Bayer. Stigma and the Ethics of Public Health: Not Can We But Should We. *Social Science & Medicine*. 48 (2008), pp. 463–472.

²⁰ A. Courtwright. Stigmatization and Public Health Ethics. *Bioethics*, 27:2, (2013), pp. 74–80; D. Goldberg & R. Puhl. Obesity Stigma: A Failed and Ethically Dubious Strategy. *Hastings Center Report*. 43:3, (2013), pp. 5–6.

Återigen finns en rik diskussion kring denna typ av frågor generellt och inom folkhälsoområdet²¹. I detta kapitel kommer jag dock inte gå in på den diskussionen, eftersom fokus för utredningen är den inhemska svenska kontexten.

4.2.3 Legitimitet och ingrepp i människors liv

En annan central etisk aspekt som diskuteras i relation till folkhälsoinsatser är det faktum att många sådana insatser görs på initiativ från myndigheter eller motsvarande och inte på initiativ av de personer som berörs av insatserna och att det aktualiserar frågan om huruvida den formen av ingrepp i människors liv är legitima eller inte. Här finns det olika typer av argument för att motivera att den typen av ingrepp är legitima, eller inte. Ett argument handlar om att denna form av ingrepp gynnar alla och det är mest effektivt om det hanteras genom myndighetsinsatser eller motsvarande. Problemet är naturligtvis att det inte nödvändigtvis råder samsyn kring att denna form av ingrepp gynnar alla och det resonemanget ger inte heller någon vägledning kring hur långt dessa ingrepp kan sträcka sig eller hur avvägningen mellan mer eller mindre ingripande insatser och nyttan för folkhälsan ska balanseras mot varandra. Nuffield Council i Storbritannien har formulerat en trappa för när folkhälsoinsatser är mer eller mindre ingripande från att göra ingenting alls, över sådant som att ge information, begränsa valmöjligheter i olika grad, till att fullständigt ta bort människors val (exempelvis genom att sätta människor som drabbats av smittsamma sjukdomar i karantän)²². Även om en sådan gradering kan ge viss vägledning har den kritiserats för att den inte fångar komplexiteten i hur man kan ingripa i människors liv. Likaså måste detta ställas mot värdet av den folkhälsonytta man åstadkommer och hur den fördelar sig mellan olika grupper i samhället.

Detta väcker en mer generell fråga kring i vilken utsträckning det är etiskt acceptabelt att ägna sig åt paternalism, dvs att begränsa friheten eller autonomin för en individ (mot hens vilja) för hens eget bästa. Framförallt anses stark eller hård paternalism, som innebär att man ingriper mot individer som är informerade och har gjort en värdebaserat val, problematiskt. Dess pendang svag, eller mjuk, paternalism som handlar om att se till att individer inte är felinformerade eller irrationella utifrån sina egna preferenser, eller stödja så att de inte agerar utifrån viljesvaghet anses mindre etiskt problematiskt²³. Det kan dock finnas etablerade preferenser hos människor, men som är formade utifrån att de har anpassat sig till en svår bakgrund eller situation, som problematiserar denna bild. En annan form av resonemang utgår från John Stuart Mills klassiska diskussion kring

²¹ T.W. Pogge. Responsibilities for Poverty-Related Ill Health. *Ethics & International Affairs*. 16:2, (2002), pp. 71–81; D. Miller. *National Responsibility and Global Justice*. (Oxford University Press 2002); J. Millum & E. J. Emanuel (eds.). *Global Justice and Bioethics*. (Oxford University Press 2012); L.O. Gostin. A Framework Convention on Global Health: Health for All, Justice for All. *Journal of the American Medical Association*, 307:19, (2012), pp. 2087–2092;

²² Nuffield Council on Bioethics. *Public Health: Ethical Issues*. (Cambridge Publishers 2007).

²³ G. Dworkin. Paternalism. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (2005), Edward N. Zalta (ed.), <<https://plato.stanford.edu/archives/win2005/entries/paternalism/>>.

frihet och autonomi och menar att man endast kan motivera ingrepp i individers autonomi och frihet om dessa innebär risk för skada eller faktisk skada för andra individer²⁴. Detta väcker dock frågor kring vilka skador som detta gäller för, och hur stor skadan eller risken för skada ska vara för att motivera ett ingrepp. Exempelvis, ska vi även räkna den indirekta skada som resursbehovet av att åtgärda ett hälsoproblem kan innebära för andra patienter i behov av vård när resurserna är begränsade? Eller, att närstående och andra kan påverkas känslomässigt negativt om någon drabbas av hälsoproblem. Mill själv tryckte på att det starka skyddet för frihet och autonomi skulle handla om att bevaka och säkerställa centrala intressen för individer. En sockerskatt som begränsar människors möjlighet att köpa söta drycker kanske inte kan ses som ett ingrepp i ett sådant centralt intresse för huvuddelen av befolkningen. Centralt i Mills resonemang är att individen ofta är bäst placerad för att avgöra vad som är i hans intresse och att myndigheter och andra aktörer, inte har samma förmåga att bedöma detta, men studier i beteendekonometri och beslutspsykologi ifrågasätter delvis detta antagande. Det finns även starkare försvar för individens frihet som går ut på att individen har rätt att göra vad hen vill med sitt liv, även om det innebär att skada sig själv ur ett hälsoperspektiv, och inte endast kopplat till att myndigheter är dåliga på att bedöma vad som är bäst för individer.

Ett område som diskuterats flitigt de senaste åren är huruvida så kallad *nudging* kan ses som acceptabelt, dvs. att man riggar val eller beslutssituationen för att man ska underlätta vissa val framför andra²⁵. Det kan handla om att man riggar valen så att man underlättar val i linje med individers egentliga intressen eller kanske till och med uttryckta intresse, men som de på grund av viljesvagheter och andra psykologiska mönster inte gör. Att göra så brukar kallas för *libertarian paternalism*, eftersom det innebär ett ingrepp i personens valsituation för hans eget bästa, men där detta bästa är i linje med vad individen faktiskt eller egentligen vill. Huruvida detta är ett lämpligt begrepp råder det diskussion om, framförallt om detta verkligen är paternalism, när det är i linje med vad individen faktiskt eller egentligen vill. *Nudging* kan ses som en form av manipulation och här finns det olika synsätt på huruvida manipulation är etiskt acceptabelt eller inte, och i så fall vilken form och i vilken utsträckning.

Om vi lyfter blicken något i denna diskussion så handlar den ju om hur vi ska hantera det faktum att vi i samhället har olika uppfattningar om vad som är ett gott liv eller hur vi vill leva livet, som naturligtvis är ett mer generellt politiskt-etiskt problem. Och därmed i vilken utsträckning vi får agera emot de medborgare som har en annan uppfattning än vad som kommer till uttryck i olika politiska och andra beslut, exempelvis om

²⁴ J.S. Mill. *Om friheten*. (Natur Kultur 2023 [1859])

²⁵ R.H. Thaler & C. R. Sunstein. Libertarian Paternalism. *American Economic Review*, 93:2, (2003), pp.175–179; C.R. Sunstein. The Storrs Lectures: Behavioral Economics and Paternalism. *Yale Law Journal*, 122, (2013), pp.1826–2082; A. Moles. Nudging for Liberals. *Social Theory and Practice*. 41:4, (2015), pp. 644–667.

folkhälsinsatser. Detta är en stor och komplex fråga som jag inte kommer gå in i detalj på ytterligare i detta kapitel. Låt mig bara ta upp ett angreppssätt på detta problem som fått stort genomslag, framförallt i praxis inom olika hälso- och sjukvårdssystem, den så kallat procedurella ansats som kallas för *Accountability for reasonableness (A4R)*²⁶. Tanken bakom denna ansats är att det förefaller svårt att enas om en gemensam syn på centrala värden och hur dessa ska vägas mot varandra, exempelvis i synen på ett gott liv eller rättvisa eller motsvarande. Inom A4R föreslås därför att vi bör skapa rättvisa procedurer som innebär att vi kan komma fram till gemensamma beslut även om vi inte har en gemensam syn på dessa värden. I A4R föreslås att en sådan procedur bör kännetecknas av fyra kriterier:

- Transparens – skälen för de beslut som fattas bör vara tillgängliga för alla berörda parter.
- Relevans – de argument som anförs för eller emot beslut bör vara sådana att de accepteras av alla "fair-minded" medborgare som är motiverade att hitta gemensamma lösningar på den form av problem som diskuteras.
- Omvärdering – det bör finnas mekanismer för att ompröva besluten om det framkommer nya fakta i frågan.
- Implementering – det bör finnas mekanismer för att se till att besluten implementeras eller genomförs.

Även detta angreppssätt har dock kritiserats utifrån olika grunder: att det inte är uppenbart att det är lättare att lyckas komma fram till gemensamma beslut än att enas om gemensamma värden; att relevanskriteriet förefaller cirkulärt eftersom vi kan vara oeniga om vilka som ses som "fair-minded"; att det antingen riskerar att resultera i en form av "svart låda" för på vilka grunder vi fattar beslut eller så kommer vi så småningom har formulerat en gemensam syn på de värde vi bör utgå från (och då kan vi ju snarare utgå från dessa istället för att följa denna procedur).

4.2.4 Avslutning

I detta avsnitt har jag gett en kort och mycket översiktlig presentation av olika centrala etiska diskussioner som pågår inom det folkhälsoetiska området, utan att ta ställning för eller argumentera för något specifikt förhållningssätt. Den intresserade läsare kan själv ge sig i kast med dessa diskussioner och försöka bilda sig en uppfattning, exempelvis genom att utgå från presentationen på *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. I fortsättningen kommer jag huvudsakligen fokusera på den svenska kontexten, och de riktlinjer som finns för prioriteringar i svensk lagstiftning som en utgångspunkt för diskussionen. Dessa riktlinjer har i vissa frågor tagit ställning till en del av de problemställningar som presenterats i detta avsnitt.

²⁶ N. Daniels & J. Sabin. *Setting Limits Fairly: Learning to Share Resources for Health*. (Oxford University Press 2008).

4.3 Etisk plattform för prioriteringar inom hälso- och sjukvården

År 1995 publicerade den parlamentariska utredningen kring hälso- och sjukvårdens prioriteringar sitt slutbetänkande i vilket man föreslog tre etiska principer för att vägleda fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser, det som brukar kallas en etisk plattform²⁷. Efter vissa justeringar i den efterföljande propositionen togs beslut i riksdagen om att infoga dessa i hälso- och sjukvårdslagen 1997²⁸. Hänvisning till dessa principer återfinns också i läkemedelsförmånslagen²⁹. Juridiskt reglerar de därmed beslut om folkhälsoinsatser som fattas inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen och läkemedelsförmånslagen, men däremot inte självklart beslut som fattas under andra lagstiftningar. Samtidigt har principerna, eller tolkningar i linje med principerna, även använts för att vägleda resursfördelning inom andra delar av välfärdsområdet, exempelvis folkhälsoområdet³⁰. Det är dock viktigt att vara medveten om att principerna har olika legal status beroende på inom vilket område och för vilka resurser de tillämpas.

Även om de har en juridisk status inom hälso- och sjukvårdsområdet och läkemedelsområdet, så har det rättsliga systemet i mycket ringa omfattning bidragit med tolkningar av principerna. Redan tidigt efter att de trädde kraft påbörjades därför ett tolkningsarbete, som resulterade i utformningen av det som kallas nationell modell för öppna prioriteringar, ett praktiskt verktyg för att omsätta principerna i konkret vägledning³¹. Inom ramen för användning av principerna, genom nationell modell, eller genom annan tillämpning har dock tolkningsarbete fortgått för att hantera nya utmaningar i praxis. I detta kapitel presenteras de etiska principerna som de tolkas i praxis idag på myndighetsnivå och i regioner. Den etiska plattformen för prioriteringar består av tre principer som i propositionen formuleras på följande sätt³²:

Människovärdesprincipen: Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktion i samhället.

Behovs-solidaritetsprincipen: Resurser bör fördelas efter behov.

Kostnadseffektivitetsprincipen: Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa eller förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

²⁷ SOU. *Vårdens svåra val*. (Socialdepartementet 1995:5)

²⁸ Proposition. 1996/97:60. *Prioriteringar i hälso- och sjukvården*. (Socialdepartementet); SFS 2017:30, *Hälso- och sjukvårdslag*.

²⁹ SFS 2002:160, *Lag om läkemedelsförmåner m.m.*

³⁰ Folkhälsomyndigheten. *Prioritering av behov inom folkhälsoområdet. En kartläggande litteraturoversikt*. (Folkhälsomyndigheten 2022).

³¹ Prioriteringscentrum. *Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård : ett verktyg för rangordning*. 3:e upplagan. (Prioriteringscentrums 2017:2).

³² Proposition. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

I hälso- och sjukvårdslagen återfinns vi de tre principerna i följande skrivningar³³:

3 kap 1 §: *Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.*

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

4 kap 1 §: *Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.*

4.3.1 Människovärdesprincipen

Människovärdesprincipen kan ses som en grundläggande likabehandlingsprincip vars främsta syfte är att peka ut vad vi *inte* bör ta hänsyn till vid prioriteringar, eller mer generellt, att vi inte bör låta irrelevanta faktorer vägas in vid prioriteringar. Explicit lyfter förarbetena att vi inte bör ta hänsyn till social situation eller funktion, ekonomisk situation, kronologisk ålder eller tidigare livsstil eller val. Däremot ges det visst utrymme för att ta hänsyn till biologisk ålder och framtida livsstil eller val i den mån det påverkar behandlingsnyttan i det individuella fallet. Mer generellt kan principen sägas ge uttryck för att lika fall bör behandlas lika eller likvärdigt vid prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård.

4.3.2 Behovs-solidaritetsprincipen

Behovs-solidaritetsprincipen säger att vi bör fördela resurser efter behov. Behov tolkas som en kombination av svårighetsgraden hos tillståndet och patientnyttan av de insatser som sätts in. Det sägs uttryckligen att vi inte kan ha behov av något vi inte kan få nytta av. Bedömningen av behov är en professionell bedömning, och även om patientens bedömning och delaktighet ses som viktig kan den inte avgöra prioriteringen av behovet. I patientlagen ges visst utrymme för att välja vård, men inom ramar som begränsas av kunskapsläget och resurstillgången³⁴:

7 kap 1§: *När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.*

Solidaritetsdelen av principen tolkas dels som att vi bör eftersträva lika möjligheter till vård, dels ett så likvärdigt utfall som möjligt. Likaså att vi särskilt bör se till att tillvarata

³³ SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag.

³⁴ SFS 2014:821, Patientlag.

intressen hos de grupper som själva har svårt ge uttryck för sina behov. Detta uttrycks på följande sätt³⁵:

Solidaritet innebär inte bara lika möjligheter till vård utan också en strävan att utfallet av vården skall bli så lika som möjligt, dvs. att alla skall nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet. Solidaritet innebär också att särskilt beakta behoven hos de svagaste. Hit hör bl.a. barn, åldersdementa, medvetlösa och andra som av olika skäl kan ha svårt att kommunicera med sin omgivning. Människor som inte kan ta tillvara sina rättigheter har samma rätt till vård som andra.

4.3.3 Kostnadseffektivitetsprincipen

Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de andra principerna och exakt hur den rangordningen ska tolkas finns det viss diskussion kring. I praxis har tolkningen inneburit att man accepterar en större resursanvändning för att uppnå en viss patientnytta för svårare tillstånd – dock endast upp till en viss gräns. Detta eftersom det finns en alternativkostnad av all resursanvändning, dvs. att samma resurs skulle ha kunnat användas för andra patienters behov.

4.3.4 Öppna prioriteringar

På motsvarande sätt som den etiska plattformen tar upp ett av de centrala perspektiven i den internationella etiska diskussionen kring folkhälsoarbete, dvs. rättvis fördelning, så lyfter den även legitimitetsperspektivet. I propositionen uttrycks detta på följande sätt³⁶:

När alla vårdbehov inte kan tillgodoses måste en mer öppen diskussion föras som gör prioriteringsgrunderna klara. De värderingar som styr såväl tillgången till hälso- och sjukvård som de prioriteringar som sker måste i princip kunna delas av flertalet i befolkningen. Nödvändiga prioriteringar måste uppfattas som rimliga och rättfärdiga. Denna demokratiska förankring är viktig inte minst för att kunna vidmakthålla förtroendet för vården.

4.3.5 En tolkning av den etiska plattformen

En tolkning av den etiska plattformen är att den ger uttryck för en rättvise- och jämlikhetssyn som innebär att det har större moraliskt värde att förbättra tillstånden för patienter med svårare tillstånd jämfört med att förbättra tillstånden för patienter med lindrigare tillstånd. Detta innebär dock inte att patienter med svårare tillstånd har en absolut prioritet framför patienter med lindrigare tillstånd utan det krävs en avvägning mellan svårighetsgrad, patientnytta och den resursanvändning som krävs för att uppnå en viss patientnytta. Uttryck i termer av de rättviseteorier som togs upp i förra avsnittet,

³⁵ Proposition. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

³⁶ *Ibid.*

kan de sägas ge uttryck för en prioritaristisk hållning, men det finns även egalitaristiska och sufficientaristiska inslag (se avsnitt 4.2.2).

Eftersom det övergripande syftet är att uppnå ett mer likvärdigt hälsoutfall i befolkningen, så bör de prioriteringar som görs bedömas ur ett helhetsperspektiv – dvs. bidrar de till att vi får ett mer rättvist utfall (enligt denna syn) jämfört med alternativen. När vi gör prioriteringar så bör inte irrelevanta aspekter tillåtas vägas in och om vi ger en viss patientgrupp en viss prioritet, så har vi jämlikhetsskäl att behandla likvärdiga patienter likvärdigt. Utifrån den övergripande synen bedöms också jämlikheten vara viktigare ju högre prioritet behandlingen av en viss patientgrupp har. Uttryckt på ett annat sätt, om vi inte kan tillfredsställa alla behov, så finns det både skäl att ransonera lägre prioriterade behov men också att tillåta en större ojämlikhet vid lägre prioriterade behov än för högt prioriterade behov.

4.3.6 Olika perspektiv

I propositionen tydliggör man att principiella prioriteringsbeslut fattas på gruppnivå³⁷. För individen fattas kliniska beslut av vårdpersonal i samråd med patienten och dessa kan av olika skäl behöva avvika från de generella prioriteringsbesluten. Samtidigt, eftersom principerna ska gälla på alla nivåer, så bör sådana avvikelser ske på grunderna svårighetsgrad, patientnytta, kostnadseffektivitet osv. Grunden i den etiska plattformen är ett patientperspektiv där patienter prioriteras högre ju större behovet är.

Samtidigt kan insatser för grupper med mindre behov vara kostnadseffektiva i ett större perspektiv än hälso- och sjukvård om man ser till vinster också inom andra samhällssektorer. Detta blir tydligt när vi betraktar folkhälsoinsatser, där den tid och de resurser som läggs på förebyggande insatser för patienter inom exempelvis primärvården, sällan ger vinster endast inom primärvården och framförallt kan ge vinster på lång sikt och därmed leder till krav på ransonering av annan vård för primärvårdspatienter i det kortare perspektivet. I dessa fall kan en målkonflikt uppstå mellan att följa prioriteringsetiska principer och att bidra till förbättrad folkhälsa i samhället i stort. Det som är kostnadseffektivt eller kanske till och med kostnadsbesparande ur ett systemperspektiv om vi håller oss inom hälso- och sjukvården, kan samtidigt kräva prioriteringar på verksamhetsnivå där kostnaderna för att göra en viss insats uppstår. Eftersom den totala andelen resurser vi lägger på hälso- och sjukvård och folkhälsoarbete är begränsad vid varje tillfälle, så finns det alltid en alternativkostnad för hur vi använder våra resurser.

³⁷ Ibid.

4.3.7 Nationell modell för öppna prioriteringar

En första beskrivning av nationell modell publicerades 2007, därefter har modellen uppdaterats vid två tillfällen, senast 2017³⁸. Modellen togs fram i samverkan mellan Prioriteringscentrum, myndigheter, dåvarande landsting och professionsföreningar.

I modellen definieras ett prioriteringsobjekt (dvs det som ska prioriteras) som en kombination av ett tillstånd och en åtgärd (tillstånd-åtgärdspar). Dessa prioriteringsobjekt ska sedan rangordnas (på en tiogradig skala) genom att väga in:

- Tillståndets svårighetsgrad
- Åtgärdens patientnytta (i relation till alternativa åtgärder)
- Åtgärdens kostnadseffektivitet (i relation till alternativa åtgärder)
- Kunskapsunderlaget för att bedöma patientnytta och kostnadseffektivitet.

Under senare år har man också tydliggjort att patientnytta och kostnadseffektivitet delvis kan gå in i varandra eftersom nyttan är en del av kostnadseffektiviteten. En rekommendation är därför att antingen värdera patientnytta och kostnad var för sig eller väga samman dem som kostnadseffektivitet³⁹.

4.3.8 Förslag till modell för horisontella prioriteringar

Under 2020 tillsattes en expertgrupp av Partnerskapet för kunskapsstyrning för att utarbeta en modell för att stärka arbetet med horisontella prioriteringar inom ramen för kunskapsstyrningen. Hösten 2023 presenterades en modell för horisontella prioriteringar som bygger vidare på ovanstående nationella modell⁴⁰. Det viktigaste tillägget i relation till nationell modell är att expertgruppen föreslår att man utöver de dimensioner som direkt motiveras av den etiska plattformen även bör väga in så kallade genomförbarhetsdimensioner, dvs. hur införande av nya åtgärder, insatser, riktlinjer etc. påverkar resten av systemet utifrån vilka resurser som krävs. Modellen skiljer mellan finansiella resurser och tidsresurser, där det senare kan utgöras av personal, och tillgång till infrastruktur som utrustning och lokaler. Genom en fördjupad analys av hur det nya påverkar existerande resursanvändning, kan man bättre överväga om det är rimligt ur ett horisontellt perspektiv, dvs. hur det påverkar systemet i sin helhet att prioritera en viss insats eller en viss uppsättning av insatser. I den horisontella analysen blir sådant som storleken på patientpopulationen och därmed den totala påverkan på resurserna väsentligt att väga in, något som inte explicit tas hänsyn till i den etiska plattformen.

³⁸ Prioriteringscentrum. *Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning*.

³⁹ L. Sandman, J. Liliemark, E. Gustavsson & M. Henriksson M. Is a larger patient benefit always better in healthcare priority setting? *Medicine, Healthcare and Philosophy*. 27:3, (2024), pp.349-357.

⁴⁰ L. Sandman & E. Arvidsson. *Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård: Rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar*. (Prioriteringscentrum 2023:2).

4.3.9 Den etiska plattformen för prioriteringar vs politiska mål

I detta avsnitt har jag kort redogjort för en praxistolkning av den etiska plattformen för prioriteringar och några aspekter kopplad till den och dess tillämpning, framförallt inom hälso- och sjukvårdssystemet. Tolkningen baseras på den lagstiftning som fattades beslut om 1997 och som också infogats i hälso- och sjukvårdslagen och som sedan dess har tolkats och tillämpats inom svensk hälso- och sjukvård på olika nivåer. Samtidigt är det viktigt att betona att vi har en demokratisk politisk styrning av hälso- och sjukvården på både nationell och regional nivå. Detta innebär att det politiska systemet kan fatta beslut om politiska mål eller inriktningar som ligger utanför och kanske även kommer i konflikt med den etiska plattformen. Genom årens lopp har det ibland framförts kritik mot olika politiska förslag och regleringar och hur de strider mot eller åtminstone riskerar att strida mot den etiska plattformen, exempelvis vårdvalssystem, vårdgarantier, privata sjukvårdsförsäkringar, och satsningar på standardiserade vårdförlopp.

Erfarenheter från ett prioriteringsarbete inom Motala kommun, som Prioriteringscentrum deltagit i, visar dock att olika politiska mål går att inkorporera i ett prioriteringsarbete, även om det inte handlar om hälso- och sjukvård⁴¹. På samma sätt som vi kan bedöma behovet av hälso- och sjukvård som gapet mellan en patientgrupps nuvarande situation och målet om en god hälsa på lika villkor, samt väga in i vilken utsträckning de åtgärder som övervägs innebär att vi kommer närmare detta mål på ett kostnadseffektivt sätt – så kan vi förhålla oss till andra politiska mål. Det vill säga, bedöma hur långt ifrån målet vi befinner oss, och i vilken utsträckning olika åtgärder för oss närmare detta mål och hur dessa förhåller sig till en rimlig användning av begränsade resurser. Detta kan ge viss vägledning för hur de etiska principerna kan omsättas för att även ge vägledning inom de delar av folkhälsoområdet som inte legalt omfattas av den etiska plattformen eller som inte direkt handlar om hälsa.

4.3.10 Kort internationell utblick

Norge

Norge har liksom Sverige en lång tradition av att ha lagstiftade principen om prioritering med liknande innehåll som de svenska principerna som inleddes redan på 1980-talet. 2014 kom det så kallade Norheimutvalget (en statlig utredning) med förslag om översyn av Norges prioriteringsprinciper som 2015 blev beslutade i Stortinget⁴². Förslaget var att Norge ska ha tre prioriteringsöverväganden: nytta, resursbruk och svårighetsgrad. Dessa prioriteringsöverväganden och dess tillämpning i praxis påminner i stor utsträckning om de bedömningar som görs i Sverige. Vid prioriteringsbeslut på mer övergripande nivå

⁴¹ B. Krevers & K. Bäckman. *Modell för prioriteringsarbete i kommuner - Processer och verktyg vid resursfördelning i en övergripande ledningsprocess*. (Prioriteringscentrum 2023:1).

⁴² Helse-og omsorgsdepartementet. *Åpent og rettferdig - Prioriteringer i helsetjenesten*. (Norsk offentlig utredning 2014).

görs bedömningar av kostnadseffektivitet (i termer av kostnad/QALY) och huruvida en viss kostnadseffektivitetskvot är acceptabel (eller inte) bestäms av svårighetsgraden. Det saknas en explicit människovärdesprincip, men i mångt och mycket återfinns liknande överväganden i annan norsk lagstiftning eller i förarbetena till lagstiftningen om prioriteringar. Den största skillnaden gentemot svensk lagstiftning och praxis är det nya sättet att bedöma svårighetsgrad som beslutades 2015. Man införde då det som på norska kallas *absolut prognose-tap* (absolut prognosförlust, eller på engelska absolute shortfall) som vägledande för svårighetsgrad. Det innebär att man bedömer, utifrån genomsnittsålder på den aktuella patientgruppen, hur många goda levnadsår (eller QALYs) gruppen skulle förlora i relation till normalbefolkningen (med samma ålder) vid status quo (dvs där man inte sätter in den aktuella åtgärden utan endast har tillgång till standardvård). Efter viss offentlig diskussion, och en tilläggsutredning, bestämdes att absolut prognosförlust ska utgå från den aktuella ålderskohortens faktiska förväntade återstående livslängd i Norge⁴³. Detta innebär att svårighetsgradsbedömningarna har en tydlig, indirekt, koppling till kronologisk ålder – något som alltså skiljer sig från Sverige. En viktig skillnad i relation till Sverige, med konsekvens för folkhälsoarbete, är att man i Norge inte viktat ner svårighetsgrad i samband med förebyggande insatser, detta av skälet att inte systematiskt nedprioritera sådana insatser. I den stortingsmelding (motsvarande proposition) som låg till grund för beslut i Stortinget diskuterades frågan om folkhälsoinsatser⁴⁴. Där konstaterades att riktade folkhälsoinsatser mot specifika grupper inom den kommunala hälso- och sjukvården (som framförallt har ansvar för detta arbete i Norge) bör kunna prioriteras i linje med andra insatser, dvs. med hänsyn till nytta, resursbruk och svårighetsgrad. Däremot drog man slutsatser att mer befolkningsinriktade eller universella insatser inte låter sig prioriteras utifrån dessa grunder. Under 2024 tillsattes därför en ny prioriteringsutredning om folkhälsoinsatser med syfte att⁴⁵:

- Klargöra värdegrunden för avvägningar inom folkhälsoarbete och hur den ska användas vid utvärdering av sådana insatser.
- Klargöra vilket beslutsunderlag som krävs för prioritering.
- Behandla folkhälsoinsatser gemensamt över olika sektorer och föreslå hur hanteringen kan bli mer enhetlig.

Utredningen ska lämna sina förslag under september 2025.

⁴³ Helse- og omsorgsdepartementet. *På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering*. (Helse- og omsorgsdepartementet 2015)

⁴⁴ Melding St. 38 (2020-2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet — Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*.

⁴⁵ Helse- og omsorgsdepartementet. 2024. *Utvalg om prioritering av folkehelseiltak*.

<https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/organiseringen-av-helse-og-omsorgsdepartementet/styrer-rad-og-utvalg/utvalg-om-prioritering-av-folkehelseiltak/id3045205/>

Nederländerna

Nederländerna har ett försäkringsbaserat system, där det är obligatoriskt att försäkra sig om man är över 18 år men där avgifterna är mer symboliska och större delen av systemet finansieras via skattsedeln. Sedan 1991 har de prioriteringsprinciper som framförallt tillämpas vid bedömning av vad som bör ingå i vårdutbudet: nödvändighet, effektivitet, kostnadseffektivitet och individuellt ansvar⁴⁶. Nödvändighet tolkas i termer av svårighetsgrad, och här har Nederländerna valt att använda sig av det som kallas för *proportional shortfall* (eller för att använda samma begreppsbildning som ovan, proportionell prognosförlust)⁴⁷. Proportionell prognosförlust innebär att man använder sig av absolut prognosförlust (enligt ovan) men delar denna med den återstående mängden möjliga QALYs om man hade varit frisk och man får därmed en kvot mellan 0 och 1. Detta motiveras med att en sådan bedömning undviker åldersdiskriminering, men har kritiserats för att istället ge en för hög prioritering till äldre på bekostnad av yngre patientgrupper. Hänsyn till individuellt ansvar, som det beskrivs i en artikel av Sabik och Lie⁴⁸ är: "...not meant to exclude lifestyle choices, such as illness because of bad eating habits. Rather, it was meant to exclude services that could easily be paid for by the individuals themselves." Inom hälso- och sjukvården har man en betalningsvilja upp till 80 000 €/QALY baserat på bland annat svårighetsgrad.

När det gäller folkhälsoarbete, regleras det i specifik lagstiftning. Denna lagstiftning trycker på ambitionen att utjämna hälsoojämlikheter. I en rapport som beskriver hur man bör styrka folkhälsoarbetet i Nederländerna, argumenterar man för att man bör ha en bred syn på folkhälsa (jämför de folkhälsopolitiska målområdena nedan) samtidigt som människor ska vara fria att leva sina liv som de vill, man pekar på fördelarna jämfört med hälso- och sjukvård, där folkhälsoinsatser kan sättas in innan människor blir sjuka och vara uppsökande även gentemot de som inte söker vård⁴⁹. De argumenterar för att ha tydliga folkhälsomål och utvärdera dessa genom att använda sig av bästa tillgängliga data. Man har fokus på att minska hälsoskillnaderna baserat på socioekonomi och även som mål att förändra människors ohälsosamma levnadsvanor. I rapporten argumenteras det för att man bör ha samma betalningsvilja för folkhälsoinsatser, jfr med nuvarande situation där den övre gränsen ligger i storleksordningen 20 000 €/QALY.

I en annan rapport rekommenderas att man bör använda samma prioriteringsgrunder som för hälso- och sjukvården ovan, exempelvis kvantifiera hälsovinster i QALYs och använda sig av cost-benefitanalyser, men inte bedöma svårighetsgrad eftersom man

⁴⁶ L.K. Sabik & R.K. Lie. Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health*. 7, (2008), artikel 4.

⁴⁷ V. Reckers-Droog, NJA van Exela & W.B.F. Brouwer. Looking back and moving forward: On the application of proportionalshortfall in healthcare priority setting in the Netherlands. *Health Policy* 122, (2018), pp. 621–629.

⁴⁸ Sabik et al. *International Journal for Equity in Health*.

⁴⁹ S. van der Pol, A. Sandhu, J. Mierau, D. Jansen. *Strengthening public health in the Netherlands. Lessons from global public health system*. (Aletta School of Public Health 2022).

menar att det inte begreppsligt låter sig göras för risktillstånd (se nedan under avsnitt 4.4.2) och där rekommenderas en högsta betalningsvilja på 50 000 €/QALY (vilket är gränsen för medelhög svårighetsgrad inom hälso- och sjukvårdssystemet)⁵⁰.

England - NICE

För England så tas riktlinjer kring folkhälsoprioriteringar framförallt fram av NICE (National Institute for Health and Care Excellence)⁵¹. NICE har ett omfattande regelverk för att ta fram riktlinjer som är gemensamt oavsett vilket område det rör sig om, exempelvis enskilda kliniska interventioner, folkhälsoinsatser, sociala insatser etc. och här kommer jag bara beröra övergripande ställningstaganden av etisk karaktär eller sådant som sägs specifikt om folkhälsoinsatser.

Övergripande är att NICE riktlinjer ska utgå från bästa möjliga evidens och involvera grupper som berörs av riktlinjerna i framtagandet på ett transparent sätt. Ett centralt etiskt ställningstagande är att alla NICE riktlinjer ska leva upp till kraven i Equality Act, Human Rights Act och Health and Social Care Act 2012. Detta innebär generellt att motverka diskriminering, ge förutsättningar för goda samhällseliga relationer och ge människor likvärdiga möjligheter i samhället, och särskilt ta hänsyn till skyddsvärda egenskaper som: "age, disability, gender reassignment, marriage and civil partnership, pregnancy and maternity, race, religion or belief, sex, and sexual orientation"⁵². Det innebär även att man tar hänsyn till människors behov av hälso- och sjukvård.

Ett annat centralt övervägande är att ta hänsyn till ojämlikheter i hälsa som kan kopplas till:

- Socioekonomisk status och deprivation
- Sårbara grupper i samhället.
- Geografi.

Ojämlikheter bör mätas genom fem olika faktorer.

- Hälsostatus.
- Levnadsvanor.
- Hälsans bestämningsfaktorer ur ett vidare perspektiv.
- Tillgång till vård.
- Kvalitet och erfarenhet av vård.

Generellt sägs det att dessa överväganden ska påverka riktlinjer genom att man systematiskt identifierar populationer som uppvisar ojämlikheter i hälsa, använda sig av principer för gemensamt framtagande av riktlinjer och samhällsengagemang för att inkludera olika perspektiv, samt proaktivt överväga huruvida riktlinjer kan utformas så att

⁵⁰ J. Polder et al. *Preventie op waarde shatten. Advies technische werkgroep Kosten en baten van preventie*. (2023).

⁵¹ NICE. *Development of NICE guidelines: the manual*. (NICE 2024). www.nice.org.uk/process/pmg20

⁵² Ibid, s. 271.

de minskar ojämlikheter. Konkret innebär det att dessa överväganden bör komma in under alla steg i riktlinjeutvecklingen från avgränsning av problemet, över framtagande av evidens, utformningen av den ekonomiska analysen till själva rekommendationen.

När det gäller den ekonomiska analysen sägs att den måste väga in ett bredare perspektiv än endast påverkan på effekter och kostnader och ha förståelse för patientgrupper eller populationers preferenser angående insatser. Man bör lägga särskild vikt vid om implementeringen av riktlinjer ger upphov till resurskonsekvenser som är substantiella (över 1 miljon GBP för en enskild rekommendation, eller över 5 miljoner GBP för en hel riktlinje). Om det handlar om insatser som kräver vårdpersonal (eller motsvarande) bör även begränsningar i den formen av resurser vägas in och hur en implementering kommer påverka kvaliteten på vården som ges generellt. När det gäller folkhälsoinsatser bör man ta ett övergripande offentlig sektor-perspektiv, eftersom kostnader kan uppkomma i en sektor, medan vinsterna kommer i en annan. Likaså sägs det att alla direkta hälsoeffekter, både för de som använder tjänster men också för familjer eller informella (obetalda) vårdare bör vägas in. Man bör även väga in eventuella effekter som inte är hälsorelaterade. Produktivetskostnader bör generellt undvikas (om det inte handlar om insatser inom arbetslivet). Generellt sägs det också att för folkhälsoinsatser bör man ha ett bredare perspektiv på vilka som är de relevanta effekterna.

För att ge en positiv rekommendation utifrån den ekonomiska analysen sägs det generellt att:

- Interventionen ska öka effektiviteten till en acceptabel kostnad, eller
- Är mindre effektiv en nuvarande praxis, men frigör resurser som kan investeras i en bättre folkhälsa.

För kostnads-nyttoanalyser sägs det att det övergripande målet är en förbättrad folkhälsa, och att man därför bör undvika eller särskilt motivera insatser som försämrar kostnadseffektiviteten. Man använder sig av tröskelvärdet 20 000 GBP/QALY som gränsvärde för detta men säger samtidigt att man accepterar ett högre tröskelvärde för insatser för sällsynta tillstånd (s.k. highly specialised technologies). NICE tillämpar inte ojämlikhetsvikter i kostnads-nyttoanalysen, men den typen av överväganden bör vägas in i den slutgiltiga rekommendationen. Under 2024 föreslogs att man ska använda sig av svårighetsgrad som en faktor i den ekonomiska analysen, men eftersom det inte är klart hur det ska ske på ett konsistent sätt, avråder man tills vidare från detta tills man utarbetat en klar strategi⁵³. Förslaget går ut på att använda en kombination av *absolute* och *proportional shortfall* (prognosförlust enligt ovan), där den variant som ger den största fördelen för interventionen ifråga används för att ge QALY-vinsten en ytterligare

⁵³ A. Wailoo. *A Guide To Calculating Severity Shortfall for NICE Evaluations. Report by the Decision Support Unit.* (University of Sheffield 2024).

vikt enligt följande tabell (det är dock inte klart på vilka grunder man valt dessa gränsvärden):

QALY weight	Proportional QALY shortfall	Absolute QALY shortfall
1	Less than 0.85	Less than 12
x1.2	0.85 to 0.95	12 to 18
x1.7	At least 0.95	At least 18

Om det saknas relevanta studier eller data för att möjliggöra en modellering av de ekonomiska konsekvenserna sägs det att man bör göra en kvalitativ värdering av kostnader eller resursanvändning i relation till nyttan.

Andra centrala grundpelare för NICE är det som kallas personcentrerad vård och delat beslutsfattande. Detta innebär bland annat att man bör lägga vikt vid berörda parter erfarenheter vid utformning av nya riktlinjer. Det innebär även att i riktlinjer där det kan finnas flera olika valalternativ för patienter eller andra berörda parter, så bör riktlinjen utformas på ett sätt som stöder möjligheten till delat beslutsfattande. Det handlar om att man bör identifiera det man kallar preferens känsliga beslutspunkter i en riktlinje och skapa en lättillgänglig struktur för hur man presenterar beslutsproblemet och de olika alternativen.

4.4 Tolkning av den etiska plattformen i relation till de folkhälsopolitiska målen

Folkhälsopolitikens överordnade mål är en god och jämlik hälsa för hela befolkningen, ett mål som är i linje med hälso- och sjukvårdslagens överordnade mål. För att uppnå detta pekar man ut åtta målområden⁵⁴:

1. Tidiga livets villkor: För att åstadkomma en god och jämlik hälsa är det viktigt att skapa, stötta och stärka en god start i livet och jämlika uppväxtvillkor, så att alla barn får grundläggande förutsättningar att utifrån sina villkor utveckla kognitiva, emotionella, sociala och fysiska förmågor.
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning: För att åstadkomma en god och jämlik hälsa är det viktigt att alla får möjlighet att utveckla sina kompetenser och kunskaper samt tillgodogöra sig en god utbildning.
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö: För att åstadkomma en god och jämlik hälsa är det viktigt att stärka människors egna möjligheter till sysselsättning.

⁵⁴ Folkhälsomyndigheten. *Nationellt folkhälsomål och målområden*. (Folkhälsomyndigheten 2025). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/>

4. Inkomster och försörjningsmöjligheter: För att åstadkomma en god och jämlik hälsa är det viktigt att stärka människors egna möjligheter till sysselsättning och därmed möjligheter att agera och generera ekonomiska resurser, men också att stödja människor när deras egna ekonomiska resurser inte räcker till.
5. Boende och närmiljö: Tillgång till en god och ekonomiskt överkomlig bostad i ett område som ger samhällseliga förutsättningar för social gemenskap bidrar till trygghet, tillit och en god och jämlik hälsa.
6. Levnadsvanor: För att åstadkomma en god och jämlik hälsa är det viktigt att stärka människors handlingsutrymme och möjligheter till hälsosamma levnadsvanor och så långt som möjligt ta hänsyn till hur olika sociala grupper påverkas.
7. Kontroll, inflytande och delaktighet: För att åstadkomma en god och jämlik hälsa är det viktigt att främja alla individers möjligheter till kontroll, inflytande och delaktighet i samhället och i det dagliga livet. Här ingår även att arbeta med mänskliga rättigheter och med att motverka diskriminering och annan kränkande behandling samt främja frihet från hot och våld.
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård: För att åstadkomma en god och jämlik hälsa är det viktigt att vården arbetar förebyggande och hälsofrämjande och att behandling utgår från patientens behov och möjligheter.

4.4.1 Generellt om den etiska plattformen och folkhälsopolitikens mål och målområden

På motsvarande sätt som för den etiska plattformen för hälso- och sjukvården så ger de folkhälsopolitiska målen framförallt uttryck för en idé om jämlikhet som ligger nära det engelska uttrycket *equity*, dvs. att för att skapa jämlika utfall och förutsättningar så behöver vissa grupper mer stöd och resurser än andra. Samtidigt finns, liksom för den etiska plattformen, en tanke om att lika fall bör behandlas lika, dvs. om det som på engelska kallas *equality* (att inte låta irrelevanta skillnader inverka på vilka resurser eller vilket stöd olika grupper får). Detta innebär att om det inte finns hälsoskäl för att behandla människor olika bör de behandlas lika.

Det finns därför inget principiellt skäl för varför man inte skulle kunna tillämpa den etiska plattformens principer på alla dessa områden, dvs. fördela resurser i relation till hur långt olika populationer eller grupper ligger från dessa mål (behovs-solidaritetsprincip), balanserat mot en kostnadseffektiv användning av resurserna (kostnadseffektivitetsprincipen) och med hänsyn till att man inte väger in irrelevanta aspekter (människovärdesprincipen). När det gäller det överordnade folkhälsopolitiska målet så förefaller det dessutom i stor utsträckning sammanfalla med det överordnade målet för hälso- och sjukvården, dvs. en god och jämlik hälsa (i HSL: en god hälsa på lika villkor). Men om vi betraktar formuleringarna jämlik hälsa och en hälsa på lika villkor, så skulle de kunna tolkas som att fokus för folkhälsopolitiken är mer på ett jämlikt

hälsoutfall, medan för hälso- och sjukvården ligger i att skapa lika förutsättningar för att människor ska uppnå god hälsa. Om vi drar ut den etiska konsekvensen av ett sådant synsätt enligt redovisningen i avsnitt 4.2 – så skulle det i sin tur kunna tolkas som att det finns större acceptans för hälsoskillnader (exempelvis utifrån att människor gör olika val) i hälso- och sjukvården än inom folkhälsopolitiken – men det kan möjligtvis vara en övertolkning.

Samtidigt finns det potentiella etiska motsättningar gentemot andra etiska värden och normer relaterat till de olika områdena för folkhälsopolitiken.

Tidiga livets villkor

För att fullt ut åstadkomma jämlika förutsättningar kan det krävas mycket ingående intrång i föräldraautonomin och föräldrars möjlighet att uppfostra barn i enlighet med sina egna värderingar och uppfattningar. Framförallt om dessa skiljer sig från samhällets (eller majoritetssamhällets) syn på vad som är goda förutsättningar. Om föräldrar, utifrån ett vaccinationsmotstånd, väljer att avstå från vaccination av sina barn, ökar risken för ohälsa för de aktuella barnen men det kan också drabba andra grupper i samhället som har nedsatt immunitet eller som kanske av olika medicinska skäl inte kan genomgå vaccination. Enligt barnkonventionen har barn rättigheter att få goda förutsättningar att leva goda och hälsosamma liv, och enligt svensk lagstiftning finns viss möjlighet att omhänderta barn där samhället bedömer att föräldrar eller vårdnadshavare inte ger barnet dessa möjligheter. Samtidigt är det ett etiskt problematiskt ingrepp som kan få negativa konsekvenser för barnet och relationen mellan föräldrar och barn. Här krävs alltså etiska avvägningar kring hur långt samhället kan gå för att säkerställa att barnets ges så jämlika förutsättningar som möjligt, inom ramen för respekt för föräldrars rätt och ansvar att uppfostra barnet i enlighet med sin egen övertygelse.

En annan aspekt av detta är att detta område fokuserar på unga och yngre populationer vilket potentiellt kan ses som ålderdiskriminerande utifrån äldre populationers perspektiv. Utifrån ett utilitaristiskt eller prioritaristiskt perspektiv, men även ur ett egalitaristiskt perspektiv som väger in möjligheten att leva ett liv med jämlik hälsa utifrån ett livstidsperspektiv, kan detta ses som motiverat. Att inte få goda förutsättningar tidigt i livet kan leda till lägre nivå av framtida hälsa (utilitaristiskt och prioritaristiskt perspektiv), men det kan också ses som att yngre grupper har större behov utifrån en sämre situation (om inte dåliga levnadsvillkor åtgärdas tidigt) (ett egalitaristiskt och prioritaristiskt perspektiv). Samtidigt har den etiska plattformen, enligt ovan, skrivningar som inte tillåter hänsyn till kronologisk ålder i sig och det kan utifrån vissa perspektiv ses som åldersdiskriminerande mot äldre populationer med sämre hälsa. Även om det finns attityder bland hälso- och sjukvårdspersonal om att barn och ungdomar är särskilt skyddsvärda eller bör ha särskild prioritet, så finns det inte något explicit stöd för det i den etiska plattformen även om man ger visst utrymme för att väga in hänsyn till biologisk ålder om det påverkar behandlingsnyttan. Snarare lyfter man istället fram

riskerna för att äldre grupper skulle nedprioriteras, exempelvis i följande skrivning när man analysera kostnadseffektivitetsprincipen⁵⁵:

Att verksamheten bedrivs kostnadseffektivt får däremot aldrig innebära att man underlåter att ge vård till eller försämrar kvaliteten av vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt funktionshindrade eller andra som är i liknande situation.

Kunskaper, kompetenser och utbildning

Vi förefaller ha olika förutsättningar att tillägna oss kunskaper och kompetenser, baserat på sådant som kognitiva förutsättningar, familjebakgrund, den miljö vi befinner oss i och andra faktorer. Det finns säkert en viss skyddande hälsoeffekt i att realisera sig egen potential, givet dessa potentiella begränsningar. Samtidigt, i många fall spelar troligen också de relativa möjligheterna som kunskap, kompetens och utbildning kan ge en viktig roll för hälsolivån, eftersom det i sin tur påverkar möjligheten till sådant som sysselsättning som upplevs meningsfull, inkomster och inkomstutveckling, möjlighet att påverka sin situation på arbete och även mer generellt. Uppenbarligen kan vi inte fördela kunskap, kompetens och utbildning i sig, däremot skulle vi naturligtvis kunna förändra kraven för att komma in på utbildningar, eller få examen från utbildningar som ger dessa möjligheter. Detta strider dock mot idén att sådan fördelning bör ske meritokratiskt, dvs. att tillträde till utbildning, examina, och sedan tjänster bör tillsättas baserat på reell kompetens och kunskap. Eller uttryckt på ett annat sätt, detta är ett område där det kanske inte fullt ut går att tillämpa ett behovsbaserat fördelningssätt.

Det förefaller alltså inte realistiskt att åstadkomma en full jämlikhet inom detta område som i sin tur kan realisera en mer jämlik hälsa. I ett utbildningssystem med begränsade resurser finns det också en alternativkostnad för andra personer inom utbildningsväsendet om en större andel av resurserna läggs på anpassningar för att underlätta för personer med sämre förutsättningar att klara av olika utbildningar och det kan även skapa orealistiska förväntningar på hur långt en sådan jämlikhet kan nå.

Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

I linje med ovan syn på meritokrati så kan det finnas en konflikt mellan gruppernas behov av arbete och sysselsättning för att åstadkomma en god och jämlik hälsa, och synen på hur arbete och tjänster bör fördelas. Att ges möjlighet att utvecklas inom ramen för sitt arbete, att få mer stimulerande uppgifter, högre löneinkomster etc. baseras normalt på hur man sköter sitt nuvarande arbete och även om alla kan ges vissa möjligheter att utvecklas inom ramen för sitt arbete, så sker fördelning av resurser och möjligheter av dessa förutsättningar inte utifrån en behovsbaserad logik i första hand. Så även om arbetsförhållanden och arbetsmiljö kan regleras och bör förändras så att personer ska

⁵⁵ Prop. 1996/97:60, s. 22.

slippa att få en försämrad hälsa, kan det finnas en begränsning i hur långt man kan nå när det gäller relationen mellan en god och jämlik hälsa och stimulerande arbete.

Inkomster och försörjningsmöjligheter

Återigen kan det finnas en konflikt mellan ett meritokratiskt sätt att se på arbete i relation till inkomst, samt den så kallat svenska modellen med fri lönebildning mellan arbetsmarknadens parter. Dels kan hälsan påverkas av om jag har tillräckliga resurser för att kunna tillfredsställa mina grundläggande behov, men den förefaller även påverkas av hur stora inkomstskillnaderna är mellan olika grupper i samhället. Att säkerställa att alla har tillgång till denna miniminivå bör vara möjligt, även om det även där kan finnas olika uppfattningar om var den ligger. Att inte tillåta för stora inkomstskillnader mellan olika grupper är dock mer politiskt laddat, där olika syn på rättvisa eller jämlikhet kan komma i konflikt. En jämlikhetsyn som baseras på tankar om så jämlika utfall som möjligt på inkomstområdet ger stöd för mindre inkomstskillnader, medan en syn som snarare betonar likvärdiga möjligheter kan tillåta sådana skillnader (utifrån de olika val vi gör eller hur vi förvaltar våra möjligheter). Likaså, om man generellt lägger mindre vikt vid jämlikhet och istället lägger vikt vid att den totala ekonomiska kakan är så stor som möjligt, och har synen att detta gynnar alla grupper i samhället (genom s.k. trickle down effect) – så kanske man är än mindre villig att åstadkomma mer jämlika inkomster mellan olika grupper och individer.

Boende och närmiljö

En aspekt som påverkar den sociala miljöns möjligheter till att ge trygghet, tillit och en god och jämlik hälsa är det bostadsområde man bor i. Boendesegregation, och framförallt om man bor i ett särskilt utsatt område, förefaller påverka detta negativt och utifrån ett renodlat jämlikhetsperspektiv på hälsa, borde detta åtgärdas.

Samtidigt finns det här en konflikt med människors möjlighet att själva välja var man vill bosätta sig utifrån inkomster, värderingar, kultur etc. Återigen kan man skilja mellan att man bör åstadkomma en miniminivå som innebär att alla boendeområden och närmiljöer lever upp till vissa grundläggande krav på trygghet och andra värden. Däremot är det förmodligen även här så att blandade miljöer där människor har olika bakgrund och förutsättningar kan påverka positivt, framförallt för de grupper som har sämre förutsättningar. På senare tid har det exempelvis funnits en diskussion kring den segregerade grundskolan och det har framförts politiska förslag kring behovet av en mer varierad sammansättning, vilket har fått andra politiska företrädare att kritisera dessa förslag för att de skulle föreslå påtvingad bussning eller motsvarande⁵⁶. I ett liberalt demokratiskt samhälle skulle det kunna ses som alltför ingripande att tvinga människor att bosätta sig i andra områden än de vill, eller bussa elever för att gå i skolor de själva

⁵⁶ Dagens Nyheter. 2024. Studie: Elever som bussades fick bättre skolresultat.
<https://www.dn.se/sverige/studie-elever-som-bussades-fick-battre-skolresultat/>

inte skulle välja, för att åstadkomma en bättre blandning av personer med olika bakgrund och förutsättningar och på det sättet motverka segregation. Snarare behöver man då använda sig av mer positiv förstärkning för att åstadkomma detta, vilket möjligen kan ha mer begränsad inverkan. Återigen förefaller boendeområdet vara ett område som inte fullt ut kan tillämpa ett behovsbaserat synsätt, åtminstone inte givet nuvarande politiska hållning i samhället.

Levnadsvanor

Här finns det en potentiell konflikt mellan människors autonomi och fria val och målet om att stärka goda levnadsvanor – där det inte är självklart att alla medborgare delar synen på vad som är goda levnadsvanor eller är villiga att ändra dessa. I dagens informationssamhälle är det svårt att hävda att medborgare saknar kunskap om hur deras levnadsvanor påverkar deras framtida hälsa, exempelvis när det gäller rökning, alkohol, brist på rörelse, övervikt och andra liknande faktorer. Samtidigt förefaller det vara svårt att i många fall faktiskt ändra dessa, dels för att det beror på djupa betendemönster, i vissa fall beroenden, på att vi kanske agerar kortsiktigt, men också för att vi i vissa fall kanske gör mer eller mindre medvetna avvägningar mellan vad vi uppfattar som värdefulla njutningar och en god hälsa. Här har vi också troligen olika förutsättningar för att göra val inom detta område kopplat till sådant som erfarenheter, uppväxt, kognitiva förutsättningar, vilken miljö vi befinner oss i, ekonomiska möjligheter. Ett sätt att hantera människors potentiella oförmåga att ändra sina levnadsvanor, är att välja ett mer strukturellt angreppssätt, dvs. att sätta upp hinder för eller förenkla vissa val för att stödja vissa levnadsvanor. Detta kan dock leda till kritiken att samhället behandlar människor paternalistiskt, och att människor borde få göra även ohälsosamma val. Men det kan också vara så att vi faktiskt är oeniga, dels om vilka insatser som faktiskt kan påverka levnadsvanor och vilken evidens dessa har, men även hur avvägningen mellan att leva ett gott liv och förebygga ohälsa bör se ut. Om de insatser som föreslås uppfattas som alltför ingripande riskerar det också förlora legitimitet i befolkningen. De senaste nationella riktlinjerna kring riskbruk av alkohol väckte diskussion av flera olika skäl, bland annat utifrån perspektivet att det var realistiskt att ställa dessa krav, både utifrån ett prioriteringsperspektiv och utifrån att de skulle tas på allvar av befolkningen⁵⁷.

Kontroll, delaktighet och inflytande

Återigen finns det potentiella konflikter när det gäller möjlighet till kontroll och delaktighet, eftersom dessa i sin tur kan baseras på sådant som arbete, utbildningsnivå, inkomster och det kan vara svårt att påverka kontrollen och delaktigheten utan att påverka dessa. På motsvarande sätt är det många faktorer som påverkar möjligheten att leva utan att bli utsatt för diskriminering och våld, där andra delar av samhället och dess

⁵⁷ Se bland annat J., Frostegård. 2024. Märkliga brister bakom de nya råden om alkohol. Svenska Dagbladet. <https://www.svd.se/a/jljQ20/nu-ar-det-raden-som-ar-pa-pickalurven>

möjligheter att förhindra detta är centrala, exempelvis brottsväsendet eller hur man adresserar eventuell strukturell diskriminering. Ett samhälle som ska komma tillrätta med våld kan samtidigt kräva repressiva åtgärder som kan begränsa människors val och möjligheter och i sin tur påverka människors upplevelse av livskvalitet och kanske även hälsa negativt.

En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Här ligger konflikten framförallt i valet mellan att lägga resurser på det förebyggande arbetet, eller lägga resurser på akuta eller manifesta tillstånd⁵⁸. Under senaste året har det rests frågor kring hur mycket resurser som bör läggas på förebyggande arbete, framförallt inom primärvården och framförallt hur stor andel av vårdpersonalens begränsade tid som bör ägnas åt detta i relation till andra former av interventioner för manifest sjukdom. Låt mig återkomma till det nedan.

Avslutande reflektion

På motsvarande sätt som den etiska plattformen för hälso- och sjukvården har begränsningar i hur långt en resursfördelning kan gå i ett åstadkomma god hälsa, genom att vården i mycket ringa utsträckning kan tvinga på patienter och patientgrupper behandling (även om det är i linje med plattformen) eller säger att vissa hänsynstaganden inte får göras av etiska skäl (exempelvis väga in tidigare val eller livsstil) – så kan en generell tillämpning av de etiska principerna alltså behöva göra olika anpassningar eller ha olika begränsningar beroende på vilket målområde det handlar om. Här har jag inte möjlighet att gå in i detalj på hur sådana anpassningar bör se ut – men de korta reflektionerna ovan antyder några potentiella hänsynstaganden som kan behövas.

4.4.2 Specifika anpassningar av den etiska plattformen för att stödja folkhälsoinsatser

I denna del ska jag analysera och kort diskutera några mer specifika frågeställningar som den etiska plattformen aktualiserar i relation till folkhälsoarbete och som kan behöva adresseras⁵⁹.

⁵⁸ Se exempelvis S.A. Martin, M. Johansson, I. Health, R. Lehman & C. Korownyk. Sacrificing patient care for prevention: distortion of the role of general practice. *BMJ*. 388:e080811, (2025), <http://doi.org/10.1136/bmj-2024-080811>.

⁵⁹ I ett kapitel i boken Folkhälsoarbetets etik identifieras att den svenska etiska plattformen kanske inte är fullt anpassad till folkhälsoarbete, framförallt utifrån det fokus på populationer istället för individer som kännetecknar folkhälsoarbetet. De föreslår därför alternativa formuleringar av människovärdesprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen, likaså föreslår de två olika alternativ till behovs-solidaritetsprincipen för att fånga att det handlar om risktillstånd snarare än utvecklad manifesta ohälsotillstånd. Utöver det föreslås även tillägg av två principer kring jämlikhet och samhällsnytta, för att dels göra målet om jämlik hälsa mer explicit och även fånga externa effekter av folkhälsoarbetet. Här finns inte utrymme att gå in i detalj på detta förslag och den intresserade läsaren hänvisas till Brülde, B. & Persson, K. Hur ska

Individ vs populationsfokus

Som nämndes tidigare så har den etiska plattformen som den presenteras i förarbetena ett individfokus, även om det sägs att prioriteringar framförallt kommer behöva ske på gruppnivå. Detta visar sig bland annat genom att storleken på en population inte är en explicit prioriteringsgrund. I prioriteringsutredningen uttrycks det på följande sätt⁶⁰:

Det innebär att utredningen tar avstånd från en nyttoprincip med innebörden att det som gör störst nytta för flest människor skall väljas i prioriteringssituationer. I detta fall bygger nyttoprincipen på att det är möjligt att lägga ihop nyttan av vård för många människor med små behov på ett sådant sätt att den väger upp en stor nytta för ett fåtal.

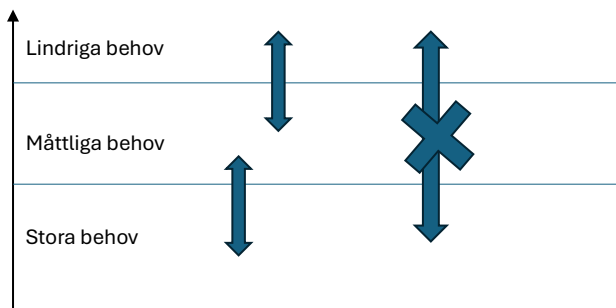
...Det är först när nyttan sätts i samband med den enskilda individens behov som vården uppfyller behovs-solidaritetsprincipen.

Samtidigt, utifrån ett folkhälsoperspektiv kan det ju ses som ett betydligt större folkhälsoproblem om det handlar om en stor population som har det aktuella hälsoproblemet eller är påverkad av en problematisk bestämningsfaktor och att det därmed är mer angeläget att lägga resurser på problem som drabbar en större andel av befolkningen. För att använda den etiska plattformen inom folkhälsoområdet bör man därför på ett systematiskt sätt försöka väga in även storleken på de populationer man förhåller sig till. En intressant ansats för att hantera detta utan att drabbas av problemet i ovanstående citat, är en så kallad nivåteori⁶¹. Denna teoretiska ansats går ut på att man delar in behovspanoramat i tre (eller fler) grupper, där man kan aggregera behov eller nyttor över grupper men att dessa endast kan trumfa mindre totala behov eller nyttor i den närmaste gruppen (se figuren nedan). Tillämpat på folkhälsoområdet så innebär det att insatser mot sådant som kan utvecklas till eller innebär ett mer allvarligt hälsoproblem kan aggregeras och prioriteras över mindre utbredda men mer likvärdigt allvarliga problem. Däremot skulle man inte kunna aggregera insatser mot väldigt utbredda men lindriga problem för att prioritera dessa över insatser mot mindre utbredda men allvarligare problem. Detta är dock en tankemodell som ännu inte omsatts i praxis och skulle kräva en mer noggrann analys och tolkning för att kunna implementeras i praktiken.

folkhälsoarbetets knappa resurser fördelas? I Brülde, B. Folkhälsoarbetets etik. (Studentlitteratur 2011), pp. 135-165.

⁶⁰ SOU. *Vårdens svåra val*.

⁶¹ E. Gustavsson & N. Juth Principles of Needs and the Aggregation Thesis. *Health Care Analysis* 27:2, (2019), pp. 77–92.



Hänsyn till social funktion

I propositionen sägs det att⁶²:

Att ta hänsyn till en persons sociala funktion vid prioritering inom vården skulle vara helt oförenligt med principen om allas lika värde. Ansvarsförhållanden, ekonomiska förhållanden, ställning i samhället etc. skall därför inte utgöra grund för prioritering.

På andra ställen används begreppen social ställning eller status. Att detta innebär att vi inte får väga in social funktion eller motsvarande för att gynna någon när det gäller fördelning av resurser förefaller klart. Men ska det också tolkas som att vi inte får väga in den sociala situationen om det innebär att en grupp är missgynnad ur ett hälsoperspektiv? I propositionen finns det inte explicit stöd för vad som kallas för positiv särbehandling utifrån socioekonomisk situation eller motsvarande. Däremot kan man tolka skrivningarna om vikten av lika utfall av hälsa, som att vi behöver fördela resurser för att kompensera för sämre förutsättningar för att åstadkomma likvärdig hälsa utifrån såant som socioekonomisk situation. I vissa fall har den etiska plattformen explicit tolkats som att vissa grupper kan behöva kompensatoriska åtgärder för att mer jämlika möjligheter till hälsa ska uppnås, exempelvis när det gäller läkemedel för sällsynta tillstånd och ett motsvarande sätt att resonera kan göras kring socioekonomi eller andra ojämlika sociala förutsättningar⁶³. Eftersom människovärdesprincipen mer generellt är en princip som förespråkar likabehandling, där hänsyn till irrelevanta faktorer inte ska påverka prioriteringen, kan vi argumentera för att om det finns skillnader i tillgång till vårdinsatser i patientgrupper som har samma diagnos eller tillstånd utifrån socioekonomiska skillnader, så finns det etiska skäl att kompensera de grupper som är missgynnade. Samtidigt är ju även det förknippat med en alternativkostnad som behöver vägas in. Ett sätt att tolka den etiska plattformen är att denna form av omotiverade skillnader utifrån socioekonomi är viktigare att åtgärda om det rör sig om patientgrupper eller populationer som har ett stort behov i termer av stor svårighetsgrad, men kan ses

⁶² Proposition. *Prioriteringar i hälso- och sjukvården*.

⁶³ L. Sandman & E. Gustavsson. The (ir)relevance of group size in health care priority setting - a reply to Juth. *Health Care Analysis*. 25:1, (2017), pp. 21-33.

som mindre viktigt om det rör sig om patientgrupper eller populationer som har ett mindre behov.

På senare tid har det även lyfts en diskussion kring huruvida vi skulle kunna väga in olika typer av indirekta effekter som har koppling till den sociala situationen, framförallt effekter på närstående, och TLV har gjort utredningar kring om det kan vara motiverat och hur det i så fall skulle ske⁶⁴. Det har även analyserats från ett etiskt perspektiv⁶⁵. Om vi har som mål att förbättra hälsan i befolkningen, vilket ju är det övergripande målet för folkhälsopolitiken, så är det naturligtvis ointressant huruvida en person kan ses som patient eller närstående, om våra insatser trots allt kan gagna båda dessa grupper i termer av hälsa⁶⁶. I valet mellan två typer av insatser för patientgrupper eller populationer som har lika stora behov och där vi kan göra lika stor direkt nytta för dessa patientgrupper eller populationer, skulle vi utifrån det synsättet ha starkare skäl att välja den insats som utöver de direkta hälsoeffekterna för patienterna har störst indirekta effekter för närstående eller motsvarande.

Ett problem utifrån den etiska plattformen är att närstående i många fall har en annan svårighetsgrad (dvs. ett annat behov) och om vi inte väger in det, finns det en risk att närståendeeffekter åker snålskjuts på det behov som patientgruppen har. Detta blir extra viktigt att väga in om vi ska använda oss av kostnadseffektivitetströsklar för huruvida en viss insats ska resurssättas eller inte. Att lägga ihop de direkta och indirekta effekterna och därmed göra en insats mer kostnadseffektiv på ett sätt som innebär att man klarar det aktuella tröskelvärdet samtidigt som närstående har ett lägre behov är ett exempel på ett sådant snålskjutsåkande. Ska man agera i linje med den etiska plattformen skulle man istället behöva dela upp de direkta och indirekta effekterna och tillämpa olika kostnadseffektivitetströsklar på dessa beroende på svårighetsgraden hos respektive grupp. Likaså, om marginalproduktiviteten bör påverka de tröskelvärde som tillämpas, bör vi även försöka bedöma hur hänsyn till alla indirekta effekter som våra nuvarande insatser leder till skulle påverka marginalproduktiviteten. Troligen skulle den då vara lägre, dvs vi får ut betydligt mer hälsa med den nuvarande användningen, och våra tröskelvärden skulle därmed behöva justeras. I förlängningen kan det innebära att det vi eventuellt vinner på gungorna kommer vi förlora på karusellerna men genom denna förändring har vi fått en mycket mer komplex hälsoekonomisk och etisk bedömning. I den mån vi bedömer att det skulle kunna finnas värdefulla sådana indirekta effekter kan det därför finnas skäl att hantera dessa i en separat ordning, dvs.

⁶⁴ Se exempelvis E. Heintz, K. Degerlund Maldi, A. Lind & T. Davidson. *Ansatser för att beakta effekter på närståendes livskvalitet vid beslut om subvention av läkemedel – En analys av genomförbarhet och konsekvenser*. (Stockholm centrum för hälsoekonomi 2024:2).

⁶⁵ E. Gustavsson, N. Juth, G. Lärfars, P. Raaschou & L. Sandman. Should relational effects be considered in health care priority setting? *Bioethics*. 37:7, (2023), p. 668-673.

⁶⁶ D.W. Brock Separate spheres and indirect benefits. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 1:1, (2003), ss. 1-12; K. Lippert-Rasmussen & S. Lauridsen. Justice and the allocation of health care resources: Should indirect, non-health effects count? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 13, (2010), ss. 237-246

försöka identifiera om det finns specifika områden eller insatser som skulle kunna ha en mer avgörande effekt av indirekt karaktär och då överväga dessa, snarare än att baka in det i alla våra överväganden.

Kronologisk vs biologisk ålder

Enligt människovärdesprincipen får man ta hänsyn till biologisk men inte kronologisk ålder. I propositionen uttrycks det på följande sätt⁶⁷:

Hos äldre är det då viktigt att skilja på kronologisk och biologisk ålder. Kronologisk ålder är bestämd av födelsedatum, medan biologisk ålder är ett mer vagt men ändå medicinskt bedömbart begrepp.

Det skulle strida mot de etiska principerna att särbehandla någon enbart på grund av kronologisk ålder. Det finns heller inga skäl att tillämpa generella kronologiska åldersgränser vid ställningstagande till medicinska åtgärder. Däremot ingår nedsatta fysiologiska reserver i bedömningen av vad enskilda äldre patienter kan tillgodogöra sig i form av medicinska åtgärder.

Normalt har detta tolkats, dels som att biologisk ålder framförallt eller endast kan användas vid bedömningar på individnivå, dels som att eventuella generella åldersgränser måste motiveras med hänvisning till biologiska skäl (dvs. att en insats inte har effekt, eller är för riskabel över en viss ålder). En individualiserad åldersbedömning är svår att kombinera med populationsbaserade folkhälsoinsatser, medan åldersgränser går att tillämpa på populationsnivå.

I samband med folkhälsoinsatser aktualiseras även andra åldersfrågor. Finns det skäl att satsa på populationer som kan göra en stor sammanlagd hälsovinst över livet, dvs. yngre populationer? Har populationer som riskerar att förlora en stor mängd hälsa över livet en större svårighetsgrad (och därmed ett större behov allt annat lika), något som återigen framförallt skulle gynna yngre populationer? Tittar vi på hur de etiska principerna har tolkats inom svensk hälso- och sjukvård så har vi vägt in det första, genom att generellt använda oss av QALYs i våra hälsoekonomiska beräkningar och därmed accepterat att en yngre population ofta kan förväntas vinna mer hälsa än en äldre population (allt annat lika). En något mer debatterad fråga har varit om kronologisk ålder även skulle kunna vägas in vid bedömningen av svårighetsgrad. Som nämndes i avsnitt 4.3 så görs bedömningen av svårighetsgrad i Norge på ett sätt som indirekt tar hänsyn till kronologisk ålder, genom att titta på den totala förlusten av hälsa för patientgruppen över tid om inget görs, det som kallas absolut prognosförlust. Det har funnits en diskussion i Sverige om huruvida vi borde gå i den riktningen, men skrivningarna om kronologisk ålder i människovärdesprincipen har förhindrat en sådan rörelse fullt ut. Däremot har det under senaste åren skett en viss anpassning inom Socialstyrelsens nationella riktlinjer och vid TLV där man nu öppnat upp för att väga in den totala

⁶⁷ Proposition. *Prioriteringar i hälso- och sjukvården.*

livslängdsförlusten ur ett livsperspektiv i sina svårighetsgradsbedömningar i kombination med att titta på tid till död (vilket är mindre kopplat till kronologisk ålder)⁶⁸. Likaså gjordes den tolkning av begreppet biologisk ålder i samband med prioriteringsriktlinjerna under pandemin och för framtida kriser och krig från Socialstyrelsen som drar i den riktningen⁶⁹. Detta skapar en viss öppning för att göra detsamma inom folkhälsoområdet – men det är viktigt att vara medveten om att det finns en diskussion kring huruvida detta kan ses som åldersdiskriminerande eller inte. Som vi såg ovan så är ju ett av de områden som ska prioriteras under de folkhälsopolitiska målen det tidiga livets villkor, vilket signalerar stöd till att även väga in den kronologiska åldern på båda ovanstående sätt.

Tidigare vs framtida val

I propositionen diskuteras så kallade självförvållade skador eller sjukdomar, och man tar där ställning emot att väga in de val vi tidigare gjort i livet på ett antal olika grunder⁷⁰:

För en enskild individ kan det vara svårt att bedöma orsakssambanden i förväg. Och även om det finns vetenskapligt dokumenterade samband kan det vara svårt att kräva att den enskilde skulle ha känt till dessa. Ärftliga faktorer kan också ha betydelse för vem som drabbas. En avgränsning av vad som skulle kunna ses som självförvållat eller relaterat till livsstilen riskerar att bli mycket godtycklig. Av dessa skäl bör de etiska principerna tillämpas även vid denna typ av sjukdom och skada.

I det enskilda fallet kan det emellertid ibland vara relevant att väga in livsstilen när en bedömning av nyttan av den planerade åtgärden skall göras. Bedömningen gäller då om patienten kan ha nytta av behandlingen om beteendet inte ändras.

Återigen är det framförallt på individnivå man bedömer att människors val och livsstil kan vägas in som en faktor som kan påverka prioriteringen, och då snarare i form av krav på motprestation för att få tillgång till en viss insats (ex. rökstopp inför elektiv kirurgi). Att frågan om personligt ansvar, även i den mer bakåtsyftande bemärkelsen, trots allt aktualiseras med jämna mellanrum och det finns sådana attityder hos befolkningen och inom vårdprofessioner är belagt⁷¹. Vid prioriteringar kan vi alltså hitta inställningen att de som genom sina val på olika sätt ökat risken för ohälsa, bör stå tillbaka för de som inte

⁶⁸ Se exempelvis TLV. *Praktiska förutsättningar för stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd. Rapport från regeringsuppdrag.* (TLV 2024)

⁶⁹ Socialstyrelsen. *Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden.* (Socialstyrelsen 2020); Socialstyrelsen. *Vårdens prioriteringar i krig och framtida katastrofer. Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap.* (Socialstyrelsen 2022).

⁷⁰ Proposition. *Prioriteringar i hälso- och sjukvården.*

⁷¹ Björk. *Just responsibilities? On responsibility for health in Swedish healthcare priority setting.*

förefaller gjort sådana val, inte endast för att det skulle kunna påverka behandlingsnyttan negativt.

Samtidigt är frågan om personligt ansvar central inom folkhälsoområdet (som vi såg av redovisningen i avsnitt 4.2.3) och frågan om hur vi kan förändra människors levnadsvanor är ett av de åtta målområden som man pekat ut i de folkhälsopolitiska målen. Uppenbarligen finns det inte stöd i det folkpolitiska ramverket för att nedprioritera eller bestraffa människor för deras tidigare livsstilsval eller val som resulterat i problematiska levnadsvanor. Även detta ramverk är intresserat av framtida val snarare än vilka val man gjort historiskt, så i den bemärkelsen finns ingen motsättning i sak. Däremot, beroende på hur vi tillämpar hänsyn till framtida livsstil eller val, kan det eventuellt finnas en motsättning. Man kan ju välja att tillämpa detta hänsyn genom att nedprioritera de som inte ändrar sin livsstil eller sina val i relation till vissa typer av interventioner, exempelvis om man inte upphör att röka en viss tid inför elektiv kirurgi så får man helt enkelt tillgång till den aktuella kirurgiska åtgärden. En sådan tillämpning kan ju leda till att patienter blir mindre benägna att prata om sina levnadsvanor (av risk för att bli nedprioriterade). Om patienterna även misstänker att de kan bli nedprioriterade för att vårdpersonalen även väger in tidigare levnadsvanor och livsstil, även om personen har ändrat sig eller är motiverad att ändra sig – så får patienterna ytterligare skäl att mörka de ohälsosamma levnadsvanorna. Här kan det alltså finnas en potentiell motsättning mellan en viss tillämpning av den etiska plattformen, även om man naturligtvis kan tolka plattformen på ett annat sätt i praxis och istället fokusera på hur man kan hjälpa patienter att ändra livsstil och levnadsvanor för att kunna få bättre effekt och uppleva mindre risker av behandlingen. Detta resonemang gäller ju framförallt mer individriktade insatser. Om det istället handlar om att förändra den så kallade beslutsstrukturen så att hälsosamma val blir enklare eller billigare (eller ohälsosamma val blir svårare eller dyrare) exempelvis genom skatter eller subventioner, så är ju ovanstående risk inte närvarande (men som nämndes ovan kan det ju finnas andra etiska invändningar mot det som vi såg ovan).

Bedömning av svårighetsgrad

En central faktor vid tillämpningen av den etiska plattformen är bedömningen av svårighetsgrad, som bestämmer i vilken utsträckning vi kan acceptera en högre kostnadseffektivitetsnivå. Eller uttryckt på ett annat sätt, huruvida vi bör spendera förhållandevis mer resurser för att uppnå en viss hälsoeffekt. I propositionen hittar vi inte särskilt mycket vägledning kring hur bedömningen av svårighetsgrad bör ske, utöver konstaterandet att den bör innehålla bedömning av påverkan på livskvalitet och att varaktigheten av ett tillstånd bör vägas in. I praxis har det därför utvecklats olika former av bedömningsverktyg för svårighetsgrad, där det verktyg som fått störst spridning är den

modell som används i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (se bild nedan)⁷². Här är ju viktigt att påpeka att detta verktyg är utvecklat för användning inom hälso- och sjukvården, men kan naturligtvis användas för att bedöma svårighetsgraden även inom andra områden som ska förhålla sig till ett hälsomål. Samtidigt, om vi betraktar de ovan nämnda folkhälsopolitiska målen, så innehåller ju inte verktygen någon vägledning för hur man bedömer ett gap i relation till dessa mål och det är förmodligen svårt att bedöma hur enskilda insatser inom respektive område kan påverka hälsa i den mer detaljerade bemärkelse som specificeras i verktyget. För att kunna bedöma "svårighetsgrad" eller mer generellt gapet i relation till dessa specifika mål kan det därför behöva utvecklas mer specifika gap- eller svårighetsgradsverktyg för respektive område.

		Mycket stor Mkt hög, Mkt svår Mkt ofta Mkt nära	Stor Hög Svår Ofta Nära	Måttlig	Liten Låg Lätta Sällan Kort- varigt	Ingen
1a. Funktionsnedsättning,	Hur svåra är vanligen symtomen vid hälsotillståndet?					
1b. Aktivitetsbegränsning	Hur svåra är vanligen de praktiska konsekvenserna?					
1c. Delaktighetsinskränkning	Hur svåra är vanligen de sociala konsekvenserna?					
2. Frekvens	Hur ofta uppstår ovanstående problem för patientgruppen?					
3. Sammanvägning	Hur svårt är tillståndet om ovanstående aspekter vägs samman?					
4. Varaktighet	Hur länge förväntas vanligen hälsotillståndet kvarstå?					
5. Sammanvägning	Hur svårt är tillståndet om varaktighet inkluderas?					
6a. Risk för förtida död	Hur sannolikt är det att livslängden förkortas på grund av tillståndet?					
6b. Närhet till död	Om döden inträffar p g a tillståndet hur nära förestående är sannolikt döden?					
6c. Livslängdspåverkan	Om döden inträffar p g a tillståndet i hur stor grad påverkas livslängden?					
7. Sammanvägning	Hur svårt är tillståndet om aspekterna kring förtida död inkluderas?					
8. Risk för allvarlig försämring	Hur sannolikt är det att tillståndet över tid riskerar att bli en mycket stor ohälsa?					
9. Slutlig svårighetsgrad för tillståndet	Hur svårt är tillståndet då även risken för försämring inkluderas?					
Fortsätt bedömningen om aktuell åtgärd är en primärpreventiv åtgärd (10) eller om aktuell åtgärd är en diagnostisk åtgärd (11). Endast ett av nedanstående alternativ ska bedömas.						

⁷² Sandman et al. Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård: Rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar.

10. Risk för framtida ohälsa	Hur sannolikt är det att i framtiden drabbas av hälsotillståndet?					
11. Risk för misstänkt hälsotillstånd	Hur sannolikt är det att patientgruppen har det misstänkta hälsotillståndet?					
12. Slutlig svårighetsgrad	Hur stor svårighetsgrad har det framtida alternativt det misstänkta tillståndet då risken för att drabbas eller vara drabbad inkluderats?					

En viktig aspekt när det gäller bedömningen av svårighetsgrad med en tydlig koppling till folkhälsoområdet är hur man ska förhålla sig till riskpopulationer. Om en population har en 10% sannolikhet att utveckla en allvarlig ohälsa (exempelvis allvarlig hjärt-kärlsjukdom) hur bedömer vi svårighetsgraden hos en sådan population? I samband med operationaliseringen av den etiska plattformen i nationell modell, gjordes tolkningen att svårighetsgradsbedömningen i samband med riskpopulationer ska utgå från svårighetsgraden hos det som ska undvikas – som sedan bör viktas ner i relation till risken. En sådan viktning bör dock inte vara kvantitativ utan snarare kvalitativ, dvs. i det ovanstående exemplet, så har inte populationen en 10% svårighetsgrad jämfört med de grupper som har utvecklat hjärt-kärlsjukdom men kanske en måttlig svårighetsgrad. I samband med arbete med nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder vid Socialstyrelsen, gjordes exempelvis ställningstaganden att om sannolikheten är 50-100% sker ingen viktning, om den är mellan 10-15% viktas man ned ett svårighetsgradsteg (på den fyrgradiga skalan) och om den är lägre så viktas man ned två steg⁷³. I en situation där förebyggande insatser prioriteras mot insatser för manifesta tillstånd innebär dock en sådan ordning att de förebyggande insatserna systematiskt får lägre prioritering, allt annat lika. Som en jämförelse så har Norge valt att inte vikta ner svårighetsgraden i denna form av situationer efter den översyn prioriteringsprinciperna som trädde i kraft 2015⁷⁴.

Intuitivt kan det tyckas självklart att en population som har en utvecklad ohälsa har en större svårighetsgrad än en population som endast har en risk för att utveckla motsvarande ohälsa. Samtidigt får detta kontraintuitiva systemeffekter om det i många fall skulle vara önskvärt att förhindra att ohälsa uppkommer jämfört med att behöva behandla redan manifest ohälsa⁷⁵. Det drabbar inte endast valet mellan att behandla manifest sjukdom i relation till riskpopulationer utan även hur vi förhåller oss till populationer med olika risk. Om vi ställs inför valet mellan två olika riskpopulationer där den ena, enligt ovan, har 10% sannolikhet att drabbas av allvarlig hjärt-kärlsjukdom, och den andra har 50% sannolikhet att drabbas av samma allvarliga hjärt-kärlsjukdom – så

⁷³ Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014. Sjukdomsförebyggande metoder. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning.* (Socialstyrelsen 2014).

⁷⁴ Helse-og omsorgsdepartementet. *Åpent og rettferdig - Prioriteringer i helsetjenesten.*

⁷⁵ Sandman et al. *Health Care Analysis.*

skulle en viktad svårighetsgrad innebära att vi tillämpar olika svårighetsgrad, och därmed olika kostnadseffektivitetströsklar för dessa tillstånd. Antar vi, för argumentets skull, att våra förebyggande insatser är precis lika effektiva för den del av populationerna som drabbas i båda populationer – så skulle det i sin tur innebära att vi är villiga att betala mindre för samma hälsovinst för varje individ som kommer att drabbas i den första gruppen jämfört med i den andra gruppen, vilket inte förefaller helt rationellt.

I den ovan nämnda rapporten om horisontella prioriteringar föreslogs därför att man bör överväga att övergå till att bedöma svårighetsgrad för riskpopulationer på det sätt som Norge valt att göra, dvs. utan viktning⁷⁶. Detta skulle dock få som en effekt att man accepterar högre kostnadseffektivitetströsklar för förebyggande insatser, än man in många fall har gjort idag, något som framförallt skulle påverka nuvarande beslut kring läkemedel. Om det är så att läkemedelsindustrin prissätter läkemedel upp till den kostnadseffektivitetströskel som accepteras, skulle det innebära högre kostnader utan att vi kanske vinner motsvarande mer hälsa. Inom andra områden kan det dock innebära att förebyggande insatser som kanske prioriteras ner och inte görs, skulle ges en högre prioritering och därmed leda till en hälsovinst. I nuläget finns det dock inte full samsyn kring att detta är rätt väg att gå.

Produktivitet och konsumtion

En fråga som aktualiseras av den ekonomiska analysen om man antar ett samhällsperspektiv är huruvida man ska väga in produktivets- och konsumtionseffekter eller inte. I samband med att TLV fattade beslut kring läkemedlet Zytiga för prostatacancer uppstod en debatt, där TLV genom att peka på uteblivna produktivetsvinster och ökade konsumtionskostnader som uppstod med tanke på att man förlängde överlevnaden för en åldrad patientgrupp anklagades för åldersdiskriminering⁷⁷. Detta ledde till en översyn av TLVs riktlinjer kring hälsoekonomiska analyser där man tog bort hänsyn till konsumtionseffekter och endast tillåter hänsyn till produktivitetseffekter⁷⁸. Samtidigt är praxis att detta inte bör avgöra huruvida ett läkemedel får subvention eller inte. Detta med hänvisning till människovärdesprincipens skrivningar kring att inte ta hänsyn till kronologisk ålder eller social funktion. Här kan det möjligtvis finnas ett spänningsförhållande i relation till de folkhälsopolitiska målen kring arbete och inkomst som kan tolkas som att det finns ett hälsovärde i att människor kan återgå i eller ges möjlighet till arbete och inkomstkällor. Ett sätt att förhålla sig till detta är att skilja mellan att väga in detta inom ramen för en jämlik vård inom en patientgrupp eller inom hälso- och sjukvårdskontexten, relativt hänsyn till denna typ av faktorer mellan olika populationer. Att ta hänsyn till dessa

⁷⁶ Sandman et al. *Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård: Rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar*.

⁷⁷ Svenska Dagbladet. Ålder vägs in i medicinnota. (2013). <https://www.svd.se/a/10e43741-b78f-37c6-94e9-c54e78720ec2/lder-vags-in-i-medicinnota>

⁷⁸ TLV. *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets allmänna råd*. (TLV 2017).

faktorer och därmed göra skillnad mellan patientgrupper som har jämförbara medicinska behov kan ses som problematiskt utifrån ambitionen att ge jämlik vård inom hälso- och sjukvården. Om två patientgrupper är likvärdiga i termer av vilken svårighetsgrad deras tillstånd har, och det finns behandlingsinsatser med likvärdig behandlingseffekt där kostnaden för behandlingen är likvärdig då förefaller det problematiskt att göra skillnad mellan dessa grupper på basis av huruvida de kan återgå i arbete eller inte – exempelvis baserat på genomsnittlig ålder eller baserat på att de också har funktionsnedsättning som gör det svårt att återgå i arbete.

Att däremot ha som specifika mål och sätta in insatser för att utjämna skillnader mellan grupper som har olika förutsättningar till arbete och inkomst förefaller mindre problematiskt och snarare något som har förutsättningar att bidra till större jämlikhet i hälsa. Men det kan vara rimligt att försöka skilja mellan dessa olika typer av situationer och att snarare rikta specifika insatser för att åstadkomma det senare än att väga in det som en indirekt faktor vid annan form av behandling. Likaså, genom att insatser som kan bidra till ökad produktivitet i samhället kan ju den totala ekonomiska kakan att fördela till olika välfärdsområden öka (och därmed även gynna folkhälsoområdet), vilket indirekt kan gynna patienter och populationer mer generellt.

Hänsyn till populationsstorlek

Utvecklingen av läkemedel för sällsynta tillstånd i början av 2000-talet, aktualiserade frågan om huruvida man bör tillämpa samma kostnadseffektivitetströsklar oberoende av om det rör sig om ett sällsynt eller vanligt tillstånd som behandlas. Spontant kan det tyckas vara etiskt irrelevant om man tillhör en patientgrupp med ett vanligt eller sällsynt tillstånd. I samband med den Läkemedels- och apoteksutredning som tillträdde 2011, fick Prioriteringscentrum och Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi vid Linköpings universitet ett uppdrag att utreda huruvida den svenska etiska plattformen kunde acceptera höjda kostnadseffektivitetströsklar för sällsynta tillstånd⁷⁹. Med utgångspunkt i att läkemedel utvecklas på en marknad, med krav på att investerat kapital ger vinst, kan det ofta vara fallet att kostnaden per patient för ett läkemedel utvecklade för sällsynta tillstånd blir förhållandevis högre (med tanke på en mindre marknad att slå ut investeringen på). Detta i sin tur leder till sämre kostnadseffektivitet och därmed risk att patienter inte får tillgång till läkemedel, trots hög svårighetsgrad och rimlig patientnytta, om man tillämpar samma kostnadseffektivitetströsklar som för vanliga tillstånd. I rapporten från Linköpings universitet, argumenterade vi för att den etiska plattformens starka krav på tillgång till jämlik vård för likvärdiga tillstånd gav oss skäl att acceptera en viss höjning av kostnadseffektivitetströsklar för att möjliggöra en bättre tillgång, dock med hänsyn till en ökad alternativkostnad. Detta argument har

⁷⁹ SOU. *Läkemedel för djur, maskinell dos och sällsynta tillstånd: hantering och prissättning. Slutbetänkande av Läkemedels- och apoteksutredningen.* (Socialdepartementet 2014:87); P. Carlsson, M. Hoffman, L.-Å. Levin, L. Sandman & J. Wiss. *Prioritering och finansiering av läkemedel för behandling av patienter med sällsynta sjukdomar: Reviderad version.* (Prioriteringscentrum 2015:1).

utvecklats ytterligare i en vetenskaplig publikation⁸⁰. Detta resulterade i en förändrad praxis vid TLV som innebar att man kunde acceptera en kostnadseffektivitet på upp till 2 miljoner kronor/QALY för mycket svåra och sällsynta tillstånd om det samtidigt fanns en substantiell behandlingseffekt.

2023 fick TLV i uppdrag av regeringen att ytterligare stärka tillgången till läkemedel för sällsynta tillstånd. I det förslag som har presenterats så föreslår TLV att gränsen för acceptabel kostnadseffektivitet kan höjas ytterligare om det rör sig om läkemedel där indikationen omfattar patienter med låg prevalens inom svensk hälso- och sjukvård, och där dessa patientgrupper har en mycket stor svårighetsgrad och läkemedlet har en kliniskt relevant patientnytta. Enligt uppdraget skulle dock en sådan stärkt tillgång ske utan att den totala budgeten för läkemedelsförmånen fick öka. Detta har lett till att TLV kom med förslag under slutet av 2024 på hur kostnaden för vanligare tillstånd kan sänkas, där det föreslås att även försäljningsvärdet av ett läkemedel och därmed den totala samhällsekonomiska kostnaden ska kunna vägas in vid prioritering av läkemedel för vanligare tillstånd⁸¹. Detta innebär en ny tolkning av den etiska plattformen utifrån hur den beskrivs explicit i förarbetena, där storleken på den berörda populationen nu kan vägas in som en prioriteringsgrund om det i sin tur påverkar den totala kostnaden för insatser och därmed leder till en högre alternativkostnad och risker för undanträngning av vård och insatser för andra berörda grupper. Ur ett etiskt perspektiv kan en sådan tolkning accepteras, under förutsättning att den inte övergripande påverkar rättvisa och jämlikhet i systemet på ett negativt sätt genom att försämra tillgången till läkemedel för stora patientgrupper som lider av tillstånd av hög svårighetsgrad på ett sätt som försämrar deras hälsoläge⁸². En sådan förändring har ju konsekvenser för större läkemedelsbaserade folkhälsoinsatser men kan också, om den tillämpas mer generellt i prioriteringsbedömningar och -beslut, få bredare konsekvenser för folkhälsoinsatser som kan behöva vägas in. Om vi inte endast betraktar ekonomiska resurser och kostnader utan även väger in annan typ av resursanvändning, framförallt i termer av personaltid – så har en sådan diskussion redan aktualiserats utifrån ett primärvårdsperspektiv (se nästa avsnitt).

Undanträngning vs kostnadseffektivitet

Under 2024 har det pågått en debatt angående värdet och prioriteringen av livsstilsråd inom primärvården. Ett bärande argument i den debatten har varit att den tidsåtgång som dessa livsstilsråd skulle kräva om de gavs till alla de som omfattas av nuvarande rekommendationer skulle överstiga den totala tid primärvården har till sitt förfogande⁸³.

⁸⁰ Sandman et al. *Health Care Analysis*.

⁸¹ TLV. *Praktiska förutsättningar för stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd. Rapport från regeringsuppdrag*.

⁸² L. Sandman. *Etisk analys – läkemedel för vanliga tillstånd – kommentar till TLVs regeringsuppdrag kring läkemedel för sällsynta tillstånd*. (TLV 2024).

⁸³ M. Johansson, G. Guyatt & V. Montori. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ*, 380, (2023), e072953. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072953>

Det har också funnits diskussion kring vilken evidens den typen av råd har för livsstilsförändringar. Jag kommer inte i detta sammanhang ta ställning till evidensfrågan, utan fokusera på prioriteringsfrågan. Om vi antar att den typen av insatser faktiskt fungerar när det gäller att förändra livsstilen hos den aktuella populationen i riktning mot en bättre folkhälsa och därmed kan ses som acceptabla ur ett kostnadseffektivitetsperspektiv, hur ska vi förhålla oss till prioriteringsfrågan angående undanträngning? Det förefaller omöjligt att lägga den tiden som krävs inom primärvården, givet nuvarande resurstillgång i form av personaltid, med tanke på konsekvenserna det skulle få för andra patientbehov som kan anses lika högt eller högre prioriterade.

Ur ett teoretiskt hälsoekonomiskt perspektiv, om en insats är kostnadseffektiv, så bidrar den till att vi använder våra totala resurser så att vi får ut mer hälsa från dessa och för att resurssätta en sådan insats bör vi naturligtvis sluta med något som har en sämre kostnadseffektivitetsknot. Nu har ju den etiska plattformen inte ett renodlat utilitaristiskt perspektiv där det handlar om att maximera hälsoutfallet av den hälso- och sjukvårdsresurs vi avsätter. Istället är vi villiga att acceptera insatser som inte är kostnadseffektiva i relation till systemets marginalproduktivitet, om vi behandlar tillstånd med högre svårighetsgrad. De kostnadseffektivitetsströsklar som vi har accepterat för olika svårighetsgradsnivåer har dock utvecklats dynamiskt utan någon explicit hänsyn till alternativkostnad och undanträngning. När vi därför bedömer att en insats har en acceptabel kostnadseffektivitet och därför bör implementeras så ska det implicera att implementeringen av insatsen leder till en resursanvändning i linje med den rättvisesyn som kommer till uttryck i den etiska plattformen. För att åstadkomma det behöver vi i så fall omfördela medel genom att ransonera insatser som är lägre prioriterade, exempelvis har lägre svårighetsgrad, eller har en sämre kostnadseffektivitet i relation till tillstånd med en liknande svårighetsgrad. Vi har dock dålig kontroll på vad som ransoneras i denna typ av situation och det sker, i relativt liten utsträckning, en medveten prioritering för att frigöra resurser på det sättet. Så även att introducera en insats som bedömts ha en acceptabel kostnadseffektivitet givet svårighetsgraden kan leda till en försämring av systemet. Om implementeringen har en uppenbar undanträngning av resurser i den verksamhet där den implementeras, som direkt tränger undan insatser som inte är uppenbart lägre prioriterade, så behöver resurser omprioriteras från andra verksamheter – vilket är en svår uppgift. Ur ett försiktighetsperspektiv, förefaller det inte rimligt att genomföra en uppenbar försämring för högre eller lika högt prioriterade grupper även om det utifrån ett teoretiskt perspektiv borde vara en vinst för systemet. Här kan man argumentera för att om vi har kommit fram till att en viss typ av insats bör implementeras, eftersom den har en acceptabel kostnadseffektivitetsknot för att behandla eller förebygga tillstånd med en viss svårighetsgrad, och det är svårt att omfördela resurser från andra delar av systemet, så borde vi tillföra resurser till systemet. Detta kan delvis låta sig göras när det gäller

finansiella resurser, men behöver naturligtvis då ställas i relation till annan användning av gemensamma resurser och hur fördelningen mellan gemensamma och privata resurser bör se ut. Men om vi kommer fram till att det är rimligt så är ju personaltillgången en resurs med en annan dynamik. Även om vi kommer fram till att vi bör resursförstärka primärvården för att kunna genomföra ovan diskuterade livsstilsråd, så finns dessa allmänläkare eller distriktssköterskor (eller vilka grupper som nu behövs) inte tillgängliga, och om vi gör en större satsning över tid, förefaller det otroligt att vi skulle lyckas kunna rekryteras i en sådan omfattning av det inte sker en undanträngning som skulle få negativa konsekvenser.

Detta illustrerar att utifrån ett prioriteringsperspektiv och vid varje beslutstillfälle, givet att vi har begränsade budgetar (både finansiellt och i termer av personaltillgång) så är det inte tillräckligt att göra en ekonomisk analys av kostnadseffektiviteten utan det krävs också en bredare prioriteringsanalys av hur en implementering av den aktuella åtgärden påverkar existerande resursanvändning inom de verksamheter som berörs. För att ge stöd i en sådan analys presenterades 2023 en utvecklad modell för horisontell prioritering⁸⁴. I den modellen tas även hänsyn till genomförbarhetsdimensioner i termer påverkan på existerande resursanvändning för att ge underlag för en mer övergripande bedömning vad som är rimligt ur ett prioriteringsperspektiv. En stor folkhälsoinsats, som kanske är rimlig för den specifika gruppen som berörs, kan dock påverka systemet som helhet till att få en försämrad eller mer ojämlig hälsa och då behöver detta analyseras ur ett bredare perspektiv. Även om det visar sig att den aktuella insatsen är rimlig även ur ett bredare perspektiv, så kan det trots allt krävas prioriteringar över tid för att kunna implementera insatser som har en stor lokal undanträngning.

Universella vs riktade insatser

Folkhälsoinsatser kan vara mycket specifika och rikta in sig på en begränsad population för att uppnå ett specifikt folkhälsomål, exempelvis vaccination mot covid-19 för en viss riskgrupp. I ett sådant fall är det relativt oproblematiskt att tillämpa de etiska principerna i plattformen. Vi kan ofta bedöma svårighetsgraden för den aktuella riskgruppen (med förbehållen ovan angående huruvida svårighetsgraden ska viktas ned eller inte), patientnyttan i relation till resursanvändningen, totala kostnaden, vad som kan komma att trängas ut om vi genomför detta inom primärvården (eller om det sker inom en specialiserad verksamhet) för att nämna några relevanta överväganden.

Folkhälsoinsatser kan också vara av mer universell karaktär, som att säkerställa att kranvattnet i Sverige håller en tillräckligt god kvalitet. Precis som det norska initiativet till en särskild statlig utredning kring dessa insatser indikerar, kan den typen av universella insatser vara svårare att bedöma utifrån etiska dimensioner⁸⁵. De som drabbas och

⁸⁴ Sandman et al. *Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård: Rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar.*

⁸⁵ Helse- og omsorgsdepartementet. *Utvalg om prioritering av folkehelseiltak.*

gynnas av detta har en heterogen svårighetsgrad, olika populationer kan påverkas olika där vissa får övergående och mindre problem medan andra grupper kan drabbas allvarligare om inte vattnet håller tillräckligt god kvalitet etc. Den typen av universella insatser har också mer långtgående och indirekta effekter som kan vara svåra att bedöma och väga in i en prioriteringsbedömning. Om vi inte hade rent kranvatten skulle det ju ha långtgående konsekvenser för många verksamheter i samhället och i våra privata liv, inte minst när det gäller hälso- och sjukvården – och kräva många insatser för att säkerställa att det vatten vi använder är tillräckligt rent för den specifika uppgiften. Även om det kan vara svårt att passa in en sådan bedömning i prioriteringsmallarna ovan, så innebär det inte att man inte kan resonera kring frågan utifrån ett prioriteringsperspektiv.

Ett sätt är att då höja blicken och tänka mer i termer av det övergripande målet för folkhälsoarbetet, hur viktigt är den universella åtgärden i relation till detta mål? Är det en insats av strukturell karaktär som kommer har stor påverkan på många olika delar av hälsan? Finns det grupper som kommer drabbas olika eller ha olika stor nytta av insatsen och finns det skäl att den ska vara universell snarare än riktad, beroende på sådant som verkningsmekanism, eller roll i relation till andra insatser? En sådan bedömning, kommer med nödvändighet vara mindre exakt och istället behöva vara av mer resonerande karaktär. Men som illustrerades ovan i 4.3.9 när jag kort beskrev det arbete som Prioriteringscentrum bidragit till inom Motala kommun, så är det inte omöjligt att även göra denna typ av bedömningar på ett strukturerat sätt. Det handlar då om att identifiera de övergripande mål (ett eller flera) som kan beröras av den universella insatsen, bedöma hur stora gapen till detta eller dessa mål är i samhället i stort och inom större undergrupper, bedöma i vilken utsträckning den aktuella insatsen kan komma att bidra till att vi närmar oss målet eller målen och vilken resursinsats som krävs för detta.

Osäkerhet och risk

En fråga som fått mer och mer uppmärksamhet i svensk prioriteringsdiskussion är hur vi ska förhålla oss till kunskapsmässig osäkerhet angående en insats nytta eller kostnadseffektivitet när vi bedömer huruvida vi bör satsa resurser eller inte. Utifrån ett etiskt perspektiv handlar det om i vilken utsträckning vi ska riskera att den användning av resurser som vi fattar beslut om inte leder till det förväntade utfallet och att vi därmed offrar andra patienters hälsa i onödan (dvs hälsan för de patienter som drabbas av undanträngd vård som ett resultat av beslutet ifråga).

Ett sätt att hantera den osäkerheten, som tillämpas på läkemedelsområdet är att göra avdrag på det acceptabla priset för ett läkemedel i relation till den aktuella osäkerheten. För att illustrera, om vi har ett tillstånd med mycket hög svårighetsgrad, så skulle vi kanske normalt acceptera en kostnadseffektivitet på upp till 1 miljon kronor per QALY. Om det finns osäkerheter kring att läkemedlet ger den utlovade effekten, eller

osäkerheter i den hälsoekonomiska moduleringen etc. – så kan man sänka den acceptabla kostnaden per QALY (ex ner till 700 000 kr per QALY). Detta för att minska risken för omotiverad undanträngning av vård i nuläget.

Folkhälsoinsatser, framförallt om de har ett relativt långt tidsperspektiv, kan ofta vara förknippade med stora osäkerheter kring huruvida man åstadkommer den påverkan på folkhälsan som är syftet med insatserna. Beroende på var resurserna tas till dessa insatser och därmed hur de påverkar annan offentlig resursanvändning kan man behöva väga in denna form av osäkerhet. Det i sin tur kräver reflektion kring hur man bör förhålla sig till risk, givet det aktuella folkhälsoproblemet och de insatser som övervägs. Här är inte utrymme att utreda den frågan i detalj – men det är viktigt att betona att frågor om risker och hur vi ska förhålla oss till risker är värdefrågor. Vilka värden (positiva och negativa) kan realiseras om vi tar en viss risk? Tillämpat på ovanstående exempel med livsstilsråd inom primärvården, så handlar det om att väga hur stor påverkan vi bedömer (utifrån evidensen) det har på reduktionen av den ohälsa som en problematisk livsstil orsakar (positiva värden), hur mycket det kommer inverka på den nuvarande vården i termer av vård som inte kan genomföras och konsekvenserna av detta (negativa värden). På motsvarande sätt om vi inte genom dessa livsstilsråd – dvs. vilka värden (positiva och negativa) kan realiseras om vi inte tar denna risk? Finns det åtgärder som kan minska de identifierade riskerna (i termer av påverkan på relevanta värden)? Om vi bestämmer att genomföra livsstilsråden, kan vi hitta andra sätt att bedriva den vård som riskerar att trängas undan eller genomföra livsstilsrådgivningen på ett mer effektivt sätt? Om vi inte bestämmer oss för att genomföra livsstilsråden, finns det andra åtgärder för att förhindra uppkomsten av den aktuella ohälsan som kan sättas in istället eller längre fram? Hur mycket får dessa åtgärder kosta i termer av förlust av positiva värden?

Ytterligare en viktig fråga är om positiva och negativa värden väger lika tungt?⁸⁶ Bör vi ta större risker för att undvika potentiellt förödande folkhälsoeffekter, än för att uppnå motsvarande positiva effekter? Vi kan förväntas oss att ett förändrat klimat, med högre temperaturer kommer att förändra hälsopanoramats på ett sätt som riskerar att bli förödande med ökad risk epidemier och pandemier. Även om sannolikheten för det är relativt liten (i alla fall om vi lyckas med våra klimatåtgärder), så är det en sådan stor negativ effekt att det kan finnas skäl att lägga större vikt vid den negativa effekten än att åstadkomma något förbättrad positiv effekt på folkhälsan genom stora insatser även om det är mer sannolikt att vi kan komma att lyckas med det. Många förefaller alltså ha en tanke om det "ondas" vikt, dvs. att det är viktigare att undvika att försätta människor i en sämre situation än att förbättra deras situation. Hur man tar ställning i dessa frågor kommer inverka på hur man förhåller sig till osäkerhet när det gäller att lägga resurser på folkhälsoinsatser.

⁸⁶ C. Munthe. *The Price of Precaution and the Ethics of Risk*. (Springer 2011).

Tidsperspektiv

En avslutande aspekt som delvis kan kopplas till frågan om risk är frågan om tidsperspektiv. Vissa av de folkhälsoinsatser som kan aktualiseras rör den framtida folkhälsan för en existerande population, men som nämndes i den mer generella inledningen om etik och folkhälsa, i vissa fall berörs även framtida populationer eller generationer och deras hälsa. Därmed kan vissa folkhälsoinsatser ha ett mycket långt tidsperspektiv.

En aspekt av detta är huruvida folkhälsoinsatser ska diskonteras (detta berörs mer utförligt i kapitel 3 i antologin). Om vi okritiskt tillämpar diskontering på samma sätt som vi annars gör när det gäller hälsoekonomiska utvärderingar, är risken stor att vi nedvärderar vikten av insatser som är avgörande för den framtida folkhälsan. Detta kräver därför noggrann etisk analys som lyfter blicken för vilka implikationer det kan ha utifrån ett större perspektiv. Man kan notera att bland filosofer och etiker har det ofta funnits en relativt utbredd skepsis till att diskontera framtida välfärds- eller hälsoeffekter, eftersom man ofta menat att detta är förknippat med en irrationell tidsbias som nämndes ovan⁸⁷.

Utifrån ett rättvise- och jämlikhetsperspektiv, är det generellt viktigt att väga in även hur framtida populationer eller generationer i framtiden påverkas av de insatser som övervägs, i den mån de kan förväntas ha mer långtgående effekter. I den filosofiska litteraturen har detta fått ett ökat fokus i diskussionen, inte minst kopplat till frågor om klimatpåverkan, där våra insatser eller brist på insatser kanske inte kommer ha några påtagliga effekter för vår generation men riskerar att drabba framtida generationer mycket negativt. Återigen finns inte utrymme att redogöra för denna rika diskussion, mer än att nämna att den är relevant för folkhälsoinsatser som kan ha mer långtgående effekter på folkhälsan, också om vi väger in framtida generationer⁸⁸.

I nuläget saknas dock ett explicit sådant övervägande i den etiska plattformen och det har föreslagits att etiska principer för resursallokering bör kompletteras med en hållbarhetsprincip eller motsvarande för att hantera detta⁸⁹.

4.5 Slutsatser och råd

I detta kapitel har jag försökt ge en överblick över etiska diskussioner med koppling till prioritering av folkhälsoinsatser utan att gå in i detalj hur man bör förhålla sig i dessa diskussioner. Jag har även presenterat den etiska plattformen för prioritering inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård och försökt peka på hur den kan användas för

⁸⁷ Parfit. *Reasons and persons*.

⁸⁸ L. Meyer. Intergenerational Justice. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (2021), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/sum2021/entries/justice-intergenerational/>>.

⁸⁹ C. Munthe, D. Fumagalli & E. Malmqvist. Sustainability principle for the ethics of healthcare resource allocation. *Journal of Medical Ethics* (2020) Epub ahead of print: [please include Day Month Year]. doi:10.1136/medethics-2020-106644

prioritering av folkhälsoinsatser, men även vilka utmaningar som finns med plattformen. Här sammanfattas jag mina slutsatser, vilket också ger viss vägledning för hur man kan tillämpa etiska principer för folkhälsoarbete i den svenska kontexten.

- Målen för hälso- och sjukvården och det övergripande folkhälsopolitiska målet sammanfaller i termer av god och jämlikt fördelad hälsa. Detta skapar en utgångspunkt för att trots allt göra jämförelser över olika målområden och delar av folkhälsoarbetet. Här man kan även ta till sig skrivningar om öppenhet och legitimitet där det argumenteras för vikten av att prioriteringar görs på grunder som är transparenta och kan bli föremål för diskussion och förhoppningsvis också accepteras bland medborgarna. Utifrån det finns det skäl att så tydligt som möjligt identifiera de värdeöverväganden som görs inom ramen för ekonomiska analyser och/eller som i tillägg till dessa bör vägas in vid prioritering av folkhälsoinsatser.
- När det gäller folkhälsoarbete inom ramen för hälso- och sjukvårdens budget så gäller den etiska plattformen.
- När det gäller folkhälsoarbete inom ramen för annan offentlig verksamhet, kan fortfarande grundtanken i den etiska plattformen tillämpas, genom att man bedömer avvikelser (med nuvarande situation) från det övergripande målet om god hälsa, hur insatserna kommer att förändra den situationen och vilken resursinsats som krävs för detta (dvs. om den förefaller rimlig). Om det handlar om de åtta folkhälsopolitiska målområdena, förefaller det lämpligast att bedöma avvikelser inom målet för varje delområde (sedan kan man ha ett resonemang kring hur detta i sin tur relaterar till det övergripande målet).
- För de åtta målområdena bör man vara medveten om att det kan finnas konkurrerande rättvisepufffattningar eller etiska frågeställningar som innebär att man inte fullt ut kan tillämpa en mer renodlad behovsbaserad fördelningsprincip.
- När man tillämpar den etiska plattformen för folkhälsoinsatser, finns det skäl att väga in storleken på den population man förhåller sig till. Man bör då vara uppmärksam på att plattformen inte tillåter att man låter en population med ett lindrigt behov (utifrån ett genomsnittligt individperspektiv) vägas samman för att nedprioritera grupper som har ett större genomsnittligt individuellt behov. Däremot förefaller det mindre problematiskt om man låter en stor population med ett genomsnittligt stort behov, väga tyngre än en mindre population med ett likaledes stort genomsnittligt behov.
- En central faktor för att bedöma behovet är svårighetsgraden hos det aktuella tillståndet. Med tanke på det populations- och övergripande hälsoperspektiv som generellt bör känneteckna folkhälsoområdet finns det skäl att titta på ohälsa och hälsoeffekter över tid och därmed indirekt väga in kronologisk ålder hos de aktuella populationerna. Man ska då vara medveten om att det kan ge upphov till en diskussion om åldersdiskriminering och det kan vara klokt att även väga in tid

till död som en faktor för att något reducera den effekten. När det gäller risktillstånd finns det skäl att inte vikta ner svårighetsgraden, för att inte systematiskt missgynna förebyggande insatser.

- Utifrån ett folkhälsoperspektiv är det rimligt att väga in både direkta och indirekta hälsoeffekter av de insatser som görs. Med tanke på att det skulle kunna få problematiska systemeffekter kan det dock vara klokt att inte väga in det som en del av den ekonomiska analysen utan istället försöka värdera det explicit och i tillägg till denna analys.
- Det är viktigt att vara medveten om att en folkhälsoinsats som på ett övergripande plan ses som motiverad utifrån ett sammanvägt etiskt perspektiv (inkluderande nivån av kostnadseffektivitet) – kan resultera i undanträngning i en sektor som ses som omotiverat stor eller som behöver vägas in vid prioriteringen. Det kan därför finnas skäl att ta hänsyn till det som kallades genomförbarhetsdimensioner ovan. Detta kan innebära att man behöver justera omfattningen eller tidsperspektivet för insatsen.
- När det gäller universella folkhälsoinsatser, så kan det vara svårt att tillämpa den etiska plattformens principer i detalj, men även i dessa fall är det möjligt att ha ett mer övergripande etiskt resonemang kring hur den typen av insatser kan relateras till det övergripande målet för folkhälsoarbetet eller något av det åtta målområdena.
- När det gäller att förhålla sig till risk, både risken för framtida ohälsa, men också den resursmässiga risken som man kan ta genom att satsa resurser på insatser med framtida utfall – så finns det skäl att låta osäkerhet kring hur effektiv insatsen är påverka den resursmängd som kan läggas på insatsen.
- När det gäller tidsperspektivet så är det väsentligt att framtida effekter och resurser inte diskonteras på ett sådant sätt att ett långsiktigt folkhälsoarbete omöjliggörs. Utifrån ett renodlat etiskt perspektiv är det svårt att hitta stöd för tanken att endast det faktum att ohälsa uppträder vid olika tidpunkter i relation till nutid, ska påverka värdet av denna ohälsa.

Ekonomiska utvärderingar med fördelningsfokus¹

Ulf Gerdtham & Gawain Heckley, Hälsoekonomi, Lund Universitet

Ekonomiska utvärderingar spelar en central roll i beslutsfattande kring hur begränsade resurser – såsom personal, tid, teknologi och finansiering – kan användas på bästa sätt inom olika samhällssektorer, inklusive hälso- och sjukvården. Genom att analysera och jämföra kostnader och effekter av olika insatser kan man identifiera de åtgärder som erbjuder störst värde för de tillgängliga resurserna.

Vår utgångspunkt är att en välfärdsanalys, i linje med välfärdsteorin, bör eftersträvas för att skapa ett så bra beslutsunderlag som möjligt vid fördelning av resurser mellan olika hälsoåtgärder. I **del 1** av kapitlet introducerar vi välfärdsteorin, och lyfter en central slutsats: en välfärdsanalys bör beakta hur en åtgärd påverkar fördelningen av hälsa. Traditionella ekonomiska utvärderingar, såsom kostnadseffektivitetsanalyser, fokuserar dock ofta enbart på att maximera den totala hälsolivån. Hälsovinster betraktas som lika värdefulla oavsett vem som får dem, vilket kan leda till att vissa grupper – exempelvis äldre, kroniskt sjuka eller socioekonomiskt utsatta individer – får en mindre andel av dessa vinster. Detta beror på att deras förmåga att tillgodogöra sig hälsoåtgärder kan vara mer begränsad. Beslut baserade på traditionella kostnadseffektivitetsanalyser riskerar därmed att upprätthålla eller till och med förstärka hälsoklyftor, i strid mot de centrala etiska principerna inom svensk hälso- och sjukvård: människovärdesprincipen, behovsprincipen och solidaritetsprincipen.²

Mot denna bakgrund är syftet med detta kapitel att introducera kostnadseffektivitetsanalys med fördelningsfokus (Distributional Cost-Effectiveness Analysis; DCEA), vilket vi gör i **del 2**. DCEA integrerar fördelningsaspekter i beslutsunderlaget och möjliggör en mer nyanserad bedömning av hur hälsoåtgärder påverkar olika samhällsgrupper. Detta gör det möjligt att identifiera och prioritera insatser som inte bara maximerar hälsan utan också minskar hälsoojämlikheter, i enlighet med de etiska principerna som tidigare nämnts. I **del 3** diskuteras viktiga överväganden inför en DCEA, inklusive behovet av att planera analysen i samråd med relevanta beslutsfattare för att säkerställa dess relevans.

Välfärdsteorin belyser även utmaningen med att hitta ett lämpligt utfallsmått. Enligt teorin bör individens ”nytta” mätas, ett begrepp som är både brett och svårdefinierat. I **del 4** går vi igenom olika utfallsmått inom ekonomiska utvärderingar, med särskilt fokus på direkta mått på välbefinnande, såsom WELLBYs (Well-Being-Adjusted Life Years). I vissa fall kan WELLBYs utgöra ett alternativ till de vanligaste utfallsmåtten inom kostnadseffektivitetsanalys/DCEA, såsom QALYs (Quality-Adjusted Life Years). WELLBYs är ett bredare mått som ligger närmare en nytto-baserad definition, men många frågor kvarstår om hur det kan tillämpas inom en välfärdsanalys. I **del 5** avslutar vi med en diskussion och reflektion.

¹ Tack till Johan Jarl, Hugo Norinder och Gabriella Chauca Strand, som kommenterat på en tidigare version av detta kapitel.

² SOU 1993:93. *Världens svåra val: Rapport från Utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Innehåll

1. EKONOMISKA UTVÄRDERINGAR: TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER OCH PRAXIS	3
1.1 VÄLFÄRDSANALYS.....	3
1.2 EN SAMHÄLLELIG VÄLFÄRDSFUNKTION: HUR NYTTAN KAN MÄTAS OCH JÄMFÖRAS	4
1.3 TRADITIONELL KOSTNADSINTÄKTSANALYS	5
1.4 KOSTNADSEFFEKTIVITETSANALYS.....	7
1.5 TILLÄMPAD KOSTNADSEFFEKTIVITETSANALYS I PRAKTIKEN	9
1.7 VAD ÄR QALYS?.....	11
1.8 DISKUSSION OCH SLUTSATS	11
2. INTRODUKTION TILL KOSTNADSEFFEKTIVITETSANALYS MED FÖRDELNINGSFOKUS (DCEA)	13
2.1 EN DCEA BASERAD PÅ EN SAMHÄLLELIG VÄLFÄRDSFUNKTION.....	14
2.2 TILLÄMPAD DCEA I ETT RÄTTVISA-EFFEKTIVITETS DIAGRAM	15
2.3 VÄLFÄRDSMÄTTET I DCEA: DEN JÄMLIKHETSJUSTERADE HÄLSOEKVIVALENTEN	19
2.4 DCEA I FRÅNVARO AV KONSENSUS OM OJÄMLIKHETSMÅTT	21
2.5 HUR KAN EN DCEA GENOMFÖRAS: EN CHECKLISTA	23
2.6 HUR KAN EN DCEA GENOMFÖRAS: ETT PRAKTISKT EXEMPEL	24
2.7 IDENTIFIERA MÖJLIGHETER TILL OMFORMULERING AV ÅTGÄRDER.....	30
2.8 SLUTSATS:.....	30
3. VAD MAN SKA TÄNKA PÅ INNAN EN DCEA PÅBÖRJAS	32
3.1 VAL AV HÄLSOMÅTT (I SAMRÅD MED BESLUTSFATTARE).....	32
3.2 KAUSALANALYS AV FÖRDELNINGSEFFEKTER	32
3.3 MÄTNING AV RÄTTVISA MED OJÄMLIKHETSINDEX (I SAMRÅD MED BESLUTSFATTARE).....	33
3.4 VAL AV PERSPEKTIV (I SAMRÅD MED BESLUTSFATTARE)	34
3.5 FÖRDELNINGEN AV EN ÅTGÄRDS ALTERNATIVKOSTNAD MÅTT I QALYS	35
3.6 SIMULERING AV HÄLSANS FÖRDELNING ÖVER LIVSCYKELN	36
4. UTMANINGAR MED MÄTNING AV NYTTAN	38
4.1 VÄLFÄRDSANALYS – FRÅN SNÄVARE HÄLSOMÅTT TILL BREDARE HÄLSOMÅTT	38
4.2 FRÅN QALYS TILL WELLBYS.....	40
4.3 VAD ÄR WELLBYS?	40
4.4 VAD ÄR EN EXTRA QALY VÄRD I VUNNA WELLBYS?.....	41
4.5 TVÅ ANTAGANDEN VID ANVÄNDNING AV WELLBY-MÅTT I DCEA	41
4.6 DCEA BASERAD PÅ WELLBYS	42
5. DISKUSSION OCH SLUTSATS	43
6. REFERENSER	46

1. Ekonomiska utvärderingar: teoretiska utgångspunkter och praxis

Huvudbudskap

- Ekonomiska utvärderingar jämför minst två åtgärder för att identifiera vilken åtgärd som ger störst nytta. Valfärdsteori är ett ramverk för ekonomiska utvärderingar genom valfärdsanalys. Om man inte använder valfärdsanalys finns en risk att resultaten blir godtyckliga.
- Enkelt uttryckt, är valfärdsanalys en jämförelse av samhällets totala nytta före och efter en åtgärd. Den totala samhällsnyttan beräknas som en summering av individuella nyttor, där olika individers nytta kan vägas beroende på samhällets eller beslutsfattarens prioriteringar.
- Kostnadsintäktsanalys är en ekonomisk utvärderingsmetod som traditionellt syftar till att mäta nyttan i monetära termer, där pengar används som en proxy för nytta och varje individ vägs lika. Eftersom traditionell kostnadsintäktsanalys bortser från fördelningsperspektivet, har den begränsad koppling till valfärdsanalys.
- Kostnadseffektivitetsanalys är en alternativ ekonomisk utvärderingsmetod som ofta används inom hälsoområdet och fokuserar på hälsoeffekter som vanligen mäts med hälsorelaterade kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs). Denna metod fungerar som ett praktiskt verktyg för att utvärdera hälsoåtgärder men har en ännu svagare koppling till valfärdsanalys än kostnadsintäktsanalysen, eftersom den fokuserar på hälsa snarare än nytta och välfärd. Precis som den traditionella kostnadsintäktsanalysen tenderar kostnadseffektivitetsanalysen att fokusera på genomsnittliga effekter och ignorerar vanligen fördelningseffekter.
- För att göra kostnadseffektivitetsanalys mer förenlig med valfärdsanalys, bör den integreras med ett jämlikhets- eller rättviseperspektiv: en analys med fördelningsfokus (Distributional Cost-Effectiveness Analysis; DCEA). Detta möjliggör en mer nyanserad och heltäckande ekonomisk utvärdering, där både effektivitet och rättvisa beaktas. Ett sådant angreppssätt är centralt för samhällsekonomiska beslut som bygger på ett välfärdsekonomiskt perspektiv.

1.1 Valfärdsanalys

Valfärdsanalys enligt välfärdsteorin kan definieras som en systematisk analys av hur önskvärda olika förändringar eller åtgärder är ur ett samhällsperspektiv. Det kan exempelvis handla om att utvärdera folkhälsoinsatser såsom mammografi av bröstcancer, stöd och behandling för att hjälpa personer sluta röka, hastighetsbegränsningar i trafiken, daglig fysisk aktivitet, subventioner av frukt och grönt, kampanjer för medvetenhet om riskerna med alkohol. Analysen fokuserar på olika samhälleliga tillstånd eller resursfördelningar och utgår ofta från den subjektiva nytta och välbefinnande som individer upplever. Marknadpriser används ofta som proxy för värdet av varor och tjänster, men valfärdsanalysen beaktar även nyttor som saknar ett direkt marknadspris, såsom hälsa och fritid.

Välfärdsteorin är en normativ teori som bygger på två centrala värdeområden. Det första utgår från individuella preferenser, vilket innebär att varje individ antas vara den som bäst känner sina egna behov och önskemål. Det andra är Pareto-principen, som säger att ett tillstånd A betraktas som entydigt bättre än ett tillstånd B om minst en individ får det bättre utan att någon annan får det sämre.

En fördel med Pareto-principen är att den sannolikt kan accepteras av samhället som helhet. En nackdel är dock dess begränsade praktiska vägledning för beslutsfattare, eftersom principen alltså endast kan avgöra att ett tillstånd är bättre än ett annat om det inte innebär en försämring för någon. Därmed saknar den verktyg för att väga nyttovinster mot nyttoförluster mellan individer. I praktiken innebär detta ett problem, eftersom samhällsbeslut nästan alltid, i de flesta fall, innebär både vinnare och förlorare.

En annan begränsning med Pareto-principen är dess neutralitet gentemot samhällsliga ojämlikheter. Den kan inte avgöra om ett optimalt tillstånd med större jämlikhet är att föredra framför ett annat optimalt tillstånd med mindre jämlikhet. Detta är problematiskt, eftersom många samhällen har en preferens för mer jämlik fördelning av välfärd. Därför behöver Pareto-principen kompletteras med andra, mer kraftfulla välfärdsekonomiska verktyg för att ge beslutsfattare bättre vägledning.

1.2 En samhällslig välfärdsfunktion: hur nyttan kan mätas och jämföras

En samhällslig välfärdsfunktion gör det möjligt att jämföra och analysera olika samhällstillstånd utifrån hur välfärden fördelas. Till skillnad från Pareto-principen kan den beakta både positiva och negativa effekter för olika individer, eftersom den bygger på mätbar och jämförbar nytta. Detta gör det möjligt att rangordna olika tillstånd, även i de fall när individer värderar tillstånd och förändringar olika. Om den totala samhällsliga nyttan i tillstånd A, beräknad som summan av alla individers nytta, är större än i tillstånd B, innebär det att samhällsvälfärden är högre i tillstånd A än i tillstånd B.

En möjlig formulering av den samhällsliga välfärdsfunktionen är:

$$W_j = f(U_A, U_B, \dots, U_N), \quad (1)$$

där W är nivån av samhällets välfärd, j är olika tillstånd och U_A, U_B, \dots, U_N är nyttor som erhålls för N olika individer i samhället. För att specificera denna välfärdsfunktion ytterligare kan välfärden i samhället uttryckas som summan av viktade nyttor för samhällets individer i formen av en så kallad generaliserad utilitaristisk välfärdsfunktion:³

$$W_j = (a_A U_A + a_B U_B + \dots + a_N U_N) = \sum_i^N a_i U_{ij}, \quad (2)$$

där a_i är välfärdsvikter som samhället tillskriver individerna i . Om a_i är lika med 1 för alla individer fås den klassiska utilitaristiska välfärdsfunktion som har föreslagits av Jeremy Bentham (1748-1832). I denna funktion beräknas samhällets välfärd som summan av alla individers nytta.

Det finns i princip en oändlig mängd möjliga välfärdsfunktioner, beroende på hur samhället värderar den totala nyttan i förhållande till dess fördelning, det vill säga olika grader av prioritarianism, som viktat välfärdseffekter olika beroende på individernas utgångsläge och samhällets preferenser för jämlikhet. Den utilitaristiska funktionen är ett extremt fall där alla viktas lika, medan ett annat extremt exempel är Rawls maximin-välfärdsfunktion. Denna funktion har en L-formad struktur och är också ett specialfall av ekvation (2). Här läggs all vikt ($a=1$) på nyttan för den sämst ställda individen, medan nyttan för alla andra betraktas som oviktig ($a=0$). Ett ytterligare exempel är Nash's multiplikativa modell, som skiljer sig från ekvation (2) genom att den maximerar produkten av individuella nyttor snarare än deras summa:

³ Johansson, P.-O., *Evaluating Health Risk: An Economic Approach* (Cambridge: Cambridge University Press, 1995).

$$W = (U_A * U_B * \dots * U_N), \quad (3)$$

Med denna välfärdsfunktion har låga nyttor en oproportionerligt stor negativ effekt på den totala välfärden. Detta, likt Rawls teori, gynnar jämlikhet men i en mer gradvis form. Funktionen strävar inte efter absolut jämlikhet utan premierar förbättringar för alla, samtidigt som den fortfarande viktar lägre nyttor relativt högt. På så sätt kan den ses som en kompromiss mellan effektivitet och jämlikhet, där den uppmuntrar jämlikhetsfrämjande åtgärder utan att helt offra incitamenten för total nytta.

1.3 Traditionell kostnadsintäktanalys

Idag är det vanligt att genomföra en ekonomisk utvärdering med kostnadsintäktanalys, där nyttan inte mäts direkt utan skattas genom användning av pengar som en proxy för nytta. Med andra ord kvantifieras nyttan utifrån individers betalningsvilja vilket bygger på antagandet om rationella och välinformerade individer. Detta kan illustreras med följande individuella nyttofunktion:

$$U = f(C, H) \quad (4)$$

där nyttan U beror på individens konsumtion av varor och tjänster, C , samt deras hälsa, H , som inte har något definierat marknadspris och inte kan köpas på samma sätt som andra varor på marknaden.⁴ Individen kan dock inte konsumera o begränsat utan måste välja den bästa varukorgen utifrån sina preferenser och budgetrestriktion ($Y - PC \geq 0$), där Y är inkomst och P är priser, vid varje tidsperiod.

Denna nyttofunktion kan omformuleras till en indirekt nyttofunktion genom att beskriva den maximala nyttan individen kan uppnå givet relativpriser på varor och tjänster, inkomst och hälsa (för att förenkla bortser vi från priserna):

$$U = V(Y, H) \quad (5)$$

Utifrån ekvation (5) kan vi definiera mått på förändringar i välfärd, där pengar används som en gemensam måttstock för jämförelse. När hälsa inkluderas i nyttofunktionen blir det möjligt att kvantifiera välfärdsförändringar till följd av förändringar i hälsa. För detta ändamål kan det kompenserade överskottet (Compensating Variation, CV) definieras. CV anger den ersättning som krävs för att en individ ska vara lika nöjd **efter** en positiv eller negativ hälsoförändring som **före** förändringen, oavsett om hälsan förbättras eller försämras. Ett alternativt mått är det likvärdiga överskottet (Equivalent Variation, EV) som istället mäter den betalning som skulle ge samma förändring i nytta som hälsoförändringen, men där nyttonivån hålls konstant **efter** förändringen. Vi fokuserar dock på CV, eftersom det är den vanligaste ansatsen och direkt mäter hur mycket en individ är villig att betala eller kräva i ersättning efter en förändring. CV liknar därmed faktiska marknadstransaktioner och ger en mer intuitiv tolkning av välfärdsförändringar.⁵⁶

Anta exempelvis en åtgärd som förbättrar en individs hälsa från $H(0)$ till full hälsa $H(1)$. I detta fall motsvarar CV individens betalningsvilja (Willingness-To-Pay, WTP) för hälsoförbättringen, där individen uppnår samma nyttonivå som vid det ursprungliga tillståndet $V(0)$, se (6).

⁴ Johannesson, M., *Theory and Methods of Economic Evaluation of Health Care* (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1996).

⁵ EV relaterar till en hypotetisk situation före förändringen som är svårare att koppla till observerbara beteenden.

⁶ Johannesson, M., *Theory and Methods of Economic Evaluation of Health Care* (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1996).

$$V(Y - CV, H(1)) = V(Y, H(0)) = V(0) \tag{6}$$

Om hälsan istället försämrats motsvarar CV individens ersättningskrav för sin upplevda hälsoförlust (Willingness-To-Accept; WTA), där individen åter är lika nöjd som vid ursprungliga bättre nyttonivån (H(0)). CV är i princip ett observerbart mått på värdet av förändringar i hälsa.

För att tillämpa CV-måttet i praktiken krävs en metod för att aggregera individuella värden på betalningsvilja och ersättningskrav för att komma fram till ett mått på samhällets välfärd (W). Om vi återvänder till den generaliserade utilitaristiska välfärdsfunktionen från ekvation (2), och byter ut U (nyttofunktionen) mot V i ekvation (6) (den indirekta nyttofunktionen) fås ekvation (7):

$$W_i = \sum_i^N a_i V_{ij}(Y, H) \tag{7}$$

där a_i är välfärdsvikter som samhället tillskriver person i , V är nyttonivån som person i upplever med tillstånd j , och N är det totala antalet individer i samhället. Antag en åtgärd som förbättrar hälsan för vissa individer men samtidigt försämrar den för andra genom att begränsade resurser minskar tillgängligheten för andra typer av hälsoinsatser.

Vi kan nu teoretiskt avgöra om åtgärden bör införas genom att undersöka om välfärden ökar med ett tillstånd där åtgärden genomförs ($j=1$) jämfört med ett tillstånd utan åtgärden ($j=0$), det vill säga om $\Delta W > 0$:

$$\Delta W_j = W_1 - W_0 = \sum_{i=1}^N a_i V_{1i}(Y, H_1) - \sum_{i=1}^N a_i V_{0i}(Y, H_0) \tag{8}$$

Problemet är att förändringen i välfärd inte är direkt observerbar. Däremot kan den observeras indirekt genom att ersätta CV från ekvation 6 i ekvation 8.

$$\Delta W_j = \sum_{i=1}^N a_i V_{1i}(Y, H_1) - \sum_{i=1}^N a_i V_{1i}(Y - CV, H_1) = \sum_{i=1}^N a_i v_i CV_i, \tag{9}$$

där v_i är marginalnyttan av inkomst för individ i , det vill säga: $v_i = \frac{\partial V_i(Y,H)}{\partial Y_i}$. Eftersom det kan förväntas att marginalnyttan av inkomst minskar med ökande inkomst, visar detta att CV, och därmed pengar som måttstock, bara ger en del av den information som behövs för att mäta nyttan för att avgöra om en åtgärd som förbättrar människors hälsa också leder till en ökning av den sociala välfärden. Produkten av individens marginalnytta av pengar (v) och välfärdsvikten (a) representerar samhällets marginalnytta av pengar. För att bedöma om en åtgärd ökar eller minskar välfärden måste varje individs kompensationsbetalningar (CV) multipliceras med samhällets marginalnytta av pengar. Problemet är att både a och v i ekvation (9) är okända och icke observerbara parametrar, vilket försvårar bedömningen av en åtgärds önskvärdhet när vissa individer gynnas och andra missgynnas.

I traditionell kostnadsintäktsanalys hanteras detta ofta genom att anta att samhällets marginalnytta av pengar ($a \cdot v$) är konstant och lika med 1. Under detta antagande innebär en positiv summa av kompensationsbetalningar att åtgärden uppfyller Kaldor-Hicks kompensationsstest och utgör därmed en potentiell Pareto-förbättring. Det betyder att det rent hypotetiskt skulle vara möjligt att omfördela

resurser genom transfereringar från de som gynnas av åtgärden till de som missgynnas, så att alla föredrar eller är likgiltiga inför åtgärden efter kompensation jämfört med alternativet.

Det finns flera perspektiv på de två olika motiven för viktning i kostnadsintäktanalys: avtagande marginalnytta av inkomst (v) och välfärdsviktning (a). Adler⁷ gör en tydlig åtskillnad mellan dessa, men föreslår att båda kan hanteras med en gemensam uppsättning vikter. Hammitt⁸ å sin sida diskuterar rättvisa och potentiell bias från marginalnytta utan att tydligt skilja mellan de två frågorna. Nurmi och Ahtiainen⁹ argumenterar för att båda aspekterna kan behandlas samtidigt med en enda uppsättning vikter. Acland och Greenberg¹⁰, däremot, menar att justering bör göras för avtagande marginalnytta av inkomst, men inte för välfärdsvikter, då dessa innefattar etiska och moraliska bedömningar som enligt dem bör överlåtas till demokratiskt valda och ansvariga beslutsfattare.

Slutsats - kostnadsintäktanalys

Sammanfattningsvis innebär traditionell kostnadsintäktanalys av en hälsoåtgärd att:

- Nyttan representeras av pengar, exempelvis genom individens betalningsvilja för en hälsoförändring.
- Vissa förenklade antaganden görs:
 - Samhällelig välfärd motsvaras av summan av individuella nyttor ($v*a=1$)
 - Marginalnyttan av inkomst är konstant mellan individer ($v=1$)
 - Välfärdsvikten som samhället tillskriver varje individ är lika ($a=1$)
- Dessa antagande utgör en förenkling inom kostnadsintäktanalys, vilket understryker vikten av försiktighet vid tolkning av resultaten och vid utformning av åtgärdsrekommendationer. Därför är en kostnadsintäktanalys i princip inte en välfärdsanalys.
- För att en kostnadsintäktanalys ska närma sig välfärdsanalys är det nödvändigt att antingen skatta samhällets marginalnytta av pengar ($v*a$) eller på annat sätt inkludera rättviseaspekter i analysen.

1.4 Kostnadseffektivitetsanalys

Även om kostnadsintäktanalys ofta används som underlag för samhällliga beslut, är kostnadseffektivitetsanalys betydligt vanligare inom hälsoekonomi.¹¹ Detta beror på att det både är praktiskt svårt och etiskt kontroversiellt att sätta ett monetärt värde på hälsa och liv. Många anser att hälsa och liv är ovärderliga och bör därför inte reduceras till en pengasumma.¹²

⁷ Adler, Matthew D. 2013. "Cost-Benefit Analysis and Distributional Weights: An Overview," Duke Environmental and Energy Economics Working Paper EE, 13–04.

⁸ Hammitt JK. The future costs of methane emissions. *Nature*. 2021 Apr;592(7855):514-515. doi: 10.1038/d41586-021-00972-6. PMID: 33883725.

⁹ Nurmi, Vaino and Heini Ahtiainen. 2018. "Distributional Weights in Environmental Valuation and Cost-benefit Analysis: Theory and Practice," *Ecological Economics* 150:217–228.

¹⁰ Acland, D. & Greenberg, D., *Distributional weighting and welfare/equity tradeoffs: a new approach*, *Journal of Benefit-Cost Analysis*, 14:1, 68-92, (2023), doi:10.1017/bca.2023.5.

¹¹ Analyser som använder hälsorelaterade livskvalitetsmått som utfallsmått ses ofta som en egen metod, 'cost-utility analysis' (eller kostnadsnytta analys på svenska) som vi återkommer till längre fram.

¹² Zweifel, P., Breyer, F. & Kifmann, M. (2009, s.1) *Health Economics*. Berlin: Springer.

I stället erbjuder kostnadseffektivitetsanalys en praktisk och ofta accepterad lösning för beslutsfattare inom hälsosektorn, eftersom den undviker att direkt sätta en prislapp på hälsa. Det är dock inte möjligt att helt undvika att värdera hälsa, vilket sker på ett indirekt sätt – något vi återkommer till senare.

En möjlig teoretisk grund för kostnadseffektivitetsanalys är extra-welfarism, som skiljer sig från traditionell välfärdsekonomi genom att den fokuserar på hälsomaximering snarare än på välfärd baserad på individers monetärt uttryckta preferenser.¹³¹⁴ Medan traditionell välfärdsekonomi strikt utgår från individers egna värderingar av nytta, betonar extra-welfarism att hälsa har både ett instrumentellt och ett inneboende värde. Med utgångspunkt från Sen¹⁵ diskuterar Culyer¹⁶ olika faktorer som påverkar beslutsfattande inom hälso- och sjukvården, såsom genetisk predisposition för hälsa, relativ deprivation, etik och moral, smärta, social isolering och vänskap. Han lyfter särskilt fram hälsa som en central komponent och föreslår att den kan inkluderas direkt i välfärdsfunktionen vid sidan av nytta.

$$W = f(U_A, H_A, U_B, H_B, \dots, U_N, H_N) \tag{10}$$

I praktiska tillämpningar av kostnadseffektivitetsanalys har dock hälsa i stort sett ersatt nytta som utfallsmått,¹⁷ vilket innebär att en generaliserad utilitaristisk välfärdsfunktion kan formuleras i termer av hälsa:

$$W_j = \sum_i^N \sum_t^T (1 - \delta)^t (a_A H_{Ait} + a_B H_{Bit} + \dots + a_N H_{Nit}) = \sum_i^N \sum_t^T a_i H_{itj}, \tag{11}$$

Här multipliceras hälsan under år t med $(1 - \delta)^t$, där δ är diskonteringsräntan per år. Inom praktisk kostnadseffektivitetsanalys, där hälsa mäts i kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs, vilket vi återkommer till nedan), antas ofta att 'en QALY är en QALY', vilket innebär att välfärdsvikten a_i sätts till 1, liknade antagandet i en traditionell kostnadsintäktanalys:

$$W_j = \sum_i^N \sum_t^T (1 - \delta)^t (H_{Ait} + H_{Bit} + \dots + H_{Nit}) = \sum_i^N \sum_t^T (1 - \delta)^t H_{itj}, \tag{12}$$

Detta innebär att individen maximerar sin diskonterade hälsa över livstiden. En viktig poäng som Morris et al.¹⁸ framhåller är att extra-welfarism även förkastar individualism som värdeomdöme i välfärdsanalysen. Här betraktas värdet av hälsa som något som i högre grad bestäms av samhället än av individen som mottar åtgärden. Vidare menar Morris et al.¹⁹ att kostnadseffektivitetsanalys snarare utvecklades som en praktisk metod inom hälsoekonomi, än som en direkt tillämpning av extra-welfarism. Termen extra-welfarism formulerades först i slutet av 1980-talet, medan

¹³ Brouwer, W. B. F. & Koopmanschap, M. A., 'On the economic foundations of CEA. Ladies and gentlemen, take your positions!', *Journal of Health Economics*, 19 (2000), 439–459.

¹⁴ Andra forskare har visat att kostnadseffektivitetsanalys även kan härledas från en utilitaristisk samhällelig välfärdsfunktion som enbart beror på summan av individernas nyttor, vilket tydliggör att kostnadseffektivitetsanalys även kan betraktas som en beslutsregel som är grundad på välfärdsanalys.

¹⁵ Sen, A., 'Goals, Commitment, and Identity', *The Journal of Law, Economics, and Organization*, 1.2 (1985), 341–55.

¹⁶ Culyer, A., 'The Normative Economics of Health Care Finance and Provision', *Oxford Review of Economic Policy*, 5.1 (1989), 34–58.

¹⁷ Morris, S., N. Devlin, D. Parkin, and J. Spencer, *Economic Analysis in Health Care*, 2nd edn (New York: John Wiley & Sons Inc., 2012)

¹⁸ Morris, S., N. Devlin, D. Parkin, and J. Spencer, *Economic Analysis in Health Care*, 2nd edn (New York: John Wiley & Sons Inc., 2012)

¹⁹ Morris, S., N. Devlin, D. Parkin, and J. Spencer, *Economic Analysis in Health Care*, 2nd edn (New York: John Wiley & Sons Inc., 2012)

kostnadseffektivitetsanalys började tillämpas redan på 1960-talet.²⁰²¹²²²³ Därför kan extra-welfarism snarare ses som en efterhandsrationalisering av en redan etablerad metod. En möjlig fördel med kostnadseffektivitetsanalysen är att välfärdsfunktionen inte innehåller något v, eftersom hälsa mäts direkt istället för indirekt genom monetär nytta som i kostnadsintäktanalysen.

1.5 Tillämpad kostnadseffektivitetsanalys i praktiken

I en kostnadseffektivitetsanalys kombineras två numerärer: resurskostnader (C) mäts i pengar, medan effekter ofta mäts i QALYs (E).²⁴ Ofta, men inte alltid, tillämpas ett sjukvårdsperspektiv, där endast kostnader och effekter som är relevanta för hälso- och sjukvården inkluderas, det vill säga direkta sjukvårdskostnader, såsom kostnader för läkemedel, sjukhusvård och primärvård. Det som inte inkluderas i ett sjukvårdsperspektiv är indirekta kostnader såsom produktionsbortfall (t.ex. sjukfrånvaro, förtidspensionering), patientens resekostnader, informella vårdgivares tid och kostnader. Ibland inkluderas dock även dessa indirekta kostnader, varpå analysen benämns som en kostnadseffektivitetsanalys med samhällsperspektiv.

Förhållandet mellan C och E presenteras ofta som den inkrementella kostnadseffektivitetskvoten (Incremental Cost-Effectiveness Ratio, ICER), som visar den extra (diskonterade) kostnaden per vunnen diskonterad QALY (E) mellan en åtgärd (a) och det bästa alternativet (b; som kan vara en annan åtgärd eller ingen åtgärd alls):

$$ICER = \frac{C_a - C_b}{E_a - E_b} = \frac{\text{Inkrementella kostnader}}{\text{Inkrementella effekter}} = \frac{\Delta C}{\Delta E} \quad (13)$$

Ju lägre ICER, desto mer kostnadseffektiv anses åtgärden vara.

Kostnadseffektivitetsplan

Vid en jämförelse mellan en åtgärd och ett alternativ, kan fyra olika scenarier uppstå. Dessa scenarier kan illustreras i ett kostnadseffektivitetsplan (FIGUR 1.1.):

²⁰ Klarman, H. E., Francis, J. O. S., & Rosenthal, G., *Cost-effectiveness analysis applied to the treatment of chronic renal disease*, *Medical Care*, 6, 48-54, (1968).

²¹ Weinstein, M. C. & Stason, W. B., *Hypertension: A Policy Perspective* (Harvard University Press, 1976).

²² Boyle, K. J., G. W. Torrance, J. C. Sinclair, and S. P. Howwood, 'Economic Evaluation of Neonatal Intensive Care of Very-Low-Birth-Weight Infants', *New England Journal of Medicine*, 308 (1983), 1330-7.

²³ Williams, A., 'Economics of Coronary Artery Bypass Surgery', *British Medical Journal*, 291 (1985), 326-9.

²⁴ Neumann, P. J., and others (eds.), *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*, 2nd edn (New York: Oxford Academic, 2016).

FIGUR 1.1: KOSTNADSEFFEKTIVITETPLAN

Sydöstra kvadranten: Åtgärden har högre effekt och lägre kostnad än alternativet → Åtgärden är dominant, ICER-beräkningen är inte nödvändig, och åtgärden bör introduceras.

Nordvästra kvadranten: Åtgärden har lägre effekt och högre kostnad än alternativet → Åtgärden är dominerad, ICER-beräkningen är inte nödvändig, och åtgärden bör ej introduceras.

Sydvästra kvadranten: Åtgärden har lägre effekt och lägre kostnad än alternativet → ICER-beräkning krävs för att avgöra om kostnaden motsvarar effekten, och åtgärden bör introduceras om ICER värdet ligger under den streckade linjen som anger betalningsviljan per QALY, annars inte.

Nordöstra kvadranten: Åtgärden har högre effekt och högre kostnad än alternativet → ICER beräkning krävs för att avgöra kostnadseffektiviteten, och åtgärden bör introduceras om ICER värdet ligger under den streckade linjen, annars inte.

I de två sistnämnda fallen krävs en jämförelse mellan ICER och ett tröskelvärde (λ), som representerar det samhälleliga värdet per vunnen QALY. Ett högt λ innebär att beslutsfattaren är beredd att betala mer per vunnen QALY. Detta λ -värde kan vara explicit, om det fastställts av myndigheter, eller implicit, om det endast återspeglas i resursfördelningen. Trots att kostnadseffektivitetsanalysen ofta framställs som ett sätt att undvika monetarisering av hälsa, krävs alltså ett λ som anger det monetära värdet per QALY för att kunna dra slutsatser om en åtgärd bör introduceras. Utan detta λ blir analysen i praktiken oanvändbar som prioriteringsunderlag när åtgärden hamnar i nordöstra eller sydvästra kvadranten.²⁵

1.6 Beslutsregeln i kostnadseffektivitetsanalys och andra etiska principer

²⁵ Boardman, A. E., D. H. Greenberg, A. R. Vining, and D. L. Weimer, *Cost-Benefit Analysis: Concepts and Practice*, 5th edn (Cambridge: Cambridge University Press, 2018).

En åtgärd anses kostnadseffektiv om: $ICER < \lambda$.

En ekvivalent beslutsregel är: nettohälsovinsten > 0 , där alternativkostnaden i monetära termer konverteras till QALYs, genom att dividera med λ , och där nettovinsten i QALYs beräknas genom att subtrahera den inkrementella alternativkostnaden i QALYs från den inkrementella QALY-vinsten.

Denna information är viktig vid prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården, där även principerna om människovärde, behov och solidaritet spelar roll (se ovan).

1.7 Vad är QALYs?

Kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) är ett vedertaget effektmått inom ekonomiska utvärderingar i hälsoekonomi som beaktar både livslängd och hälsorelaterad livskvalitet. I Sverige publicerar Socialstyrelsen riktlinjer för samhällets värdering eller betalningsvilja för en vunnen QALY (λ), och kostnadseffektiviteten klassificeras i fyra nivåer (se Tabell 1).

TABELL 1.1: KLASSIFICERING AV KOSTNADEN PER VUNNEN QALY

Klassificering av kostnad	Beskrivning
Låg	Under 100 000 kr per vunnet QALY
Måttlig	100 000–499 999 kr per vunnet QALY
Hög	500 000–1 000 000kr per vunnet QALY
Mycket hög	Över 1 000 000 kr per vunnet QALY

I Sverige tillämpas en flexibel syn på kostnadseffektivitet vid subventionering av läkemedel, där sjukdomens svårighetsgrad och sällsynthet spelar en avgörande roll. För allvarliga sjukdomar accepteras en högre kostnad per QALY, eftersom samhället är berett att betala mer för att behandla livshotande eller kraftigt funktionsnedsättande tillstånd.

1.8 Diskussion och slutsats

Välfärdsanalysen är ett ramverk för att utvärdera åtgärder genom att jämföra samhällets välfärd i olika scenarier. Det finns vissa likheter mellan välfärdsanalys enligt teorin och tillämpad kostnadseffektivitetsanalys, men kostnadseffektivitetsanalys är i princip inte en välfärdsanalys.

Tillämpning av kostnadseffektivitetsanalys bygger ofta på följande antaganden:

- QALY-maximering: ingen hänsyn tas till fördelningsaspekter; alla individer tilldelas samma vikt ($a=1$).
- QALY-beräkning: QALYs beräknas som produkten av antal levnadsår och hälsorelaterade livskvalitetsvikter, där perfekt hälsa = 1 och död = 0 (vissa tillstånd kan ha värden <0).
- Additivitet: QALYs är additiva och jämförbara, vilket möjliggör summering av QALYs mellan individer för olika åtgärder.

- Sjukvårdsperspektiv (ofta men inte alltid): Beslutsfattare prioriterar åtgärder inom en given budgetram, det vill säga indirekta kostnader, såsom produktivitetsförluster eller andra samhällseffekter ignoreras ofta men kan inkluderas i känslighetsanalys.

För att närma sig en välfärdsanalys måste kostnadseffektivitetsanalysen inkludera fördelnings- eller rättvisaspekter. En ytterligare anpassning skulle vara att ta hänsyn till ett bredare samhällsperspektiv och kvantifiera kostnader och nytta mer omfattande än vad den QALY-fokuserade ansatsen gör.

Det är viktigt att belysa att det inte finns konsensus om att en välfärdsanalys är målet med en ekonomisk utvärdering. En relaterad diskussion handlar om hur fördelningsmässiga överväganden bäst bör hanteras i analysen. Många nationalekonomer anser att sådana överväganden enbart bör hanteras via skattesystemet, baserat på idén att skatter kan omfördela resurser effektivt utan att påverka värderingen av olika samhällsprojekt. Detta argument kan dock ifrågasättas, eftersom beskattning i praktiken ofta leder till avsevärda administrativa kostnader och negativa incitamentseffekter, vilket gör att skattesystemet inte nödvändigtvis är det mest effektiva sättet att hantera fördelningsfrågor.²⁶

Vi anser dessutom att det är viktigt att förstå fördelningseffekterna av en åtgärd. En kostnadseffektivitetsanalys som inkluderar fördelnings- och rättvisaspekter belyser hur en hälsoåtgärd påverkar resursfördelningen i jämförelse med andra alternativ. Detta är särskilt relevant när flera åtgärder har likvärdig genomsnittlig nytta men skiljer sig åt i sina effekter på ojämlikhet. Fördelningseffekter är också viktiga att analysera vid policyutformning. Att identifiera sådana effekter kan vara avgörande för att anpassa åtgärden så att den antingen minimerar eller motverkar ojämlikhet.

²⁶ Adler, M. D., *Review of Environmental Economics and Policy*, 10(2), 264-285, (Summer 2016), doi:10.1093/reep/rew005.

2. Introduktion till kostnadseffektivitetsanalys med fördelningsfokus (DCEA)

Huvudbudskap

- En kostnadseffektivitetsanalys med fördelningsfokus beaktar en jämlik eller rättvis fördelning av hälsa, vilket gör att den närmar sig en välfärdsanalys mer än en traditionell kostnadseffektivitetsanalys. Detta förutsätter att rättvisa kan mätas och vägas mot effektivitet, vilket kräver att man:
 1. Fastställer förväntade QALYs vid födelsen, med och utan åtgärd
 2. Specificerar graden av aversion mot ojämlikhet.
 3. Väljer mellan relativ och absolut ojämlikhet.
 4. Väljer ett relevant ojämlikhets- eller rättvisemått.
 5. Avgör om fokus ligger på skillnader i hälsa generellt eller mellan specifika grupper (bostadsort, etnicitet, kön, utbildning, socioekonomisk status eller socialt kapital)
- Även om det inte är möjligt att ta ställning till ovanstående punkter, kan en kostnadseffektivitetsanalys med fördelningsfokus i vissa fall ändå bidra till att rangordna åtgärder genom en så kallad dominansanalys, som identifierar vilka åtgärder som kan minska ojämlikheten mest.
- Vi exemplifierar med en checklista och ett praktiskt exempel för att underlätta och inspirera till användning av de metoder som introduceras i detta avsnitt.

Traditionellt fokuserar kostnadseffektivitetsanalys på att bedöma hälsoutfall (QALYs) och kostnader utan att direkt ta hänsyn till hur dessa effekter fördelas. Det finns dock metoder som gör det möjligt att integrera rättviseaspekter i den ekonomiska utvärderingen. En sådan metod är DCEA, som är ett ramverk för att analysera hur effekter av hälsoåtgärder fördelas mellan olika grupper i samhället. Eftersom etiska överväganden varierar mellan grupper i samhället, erbjuder DCEA ett strukturerat sätt att hantera dessa värderingsskillnader, med medvetenheten att samhällelig konsensus sällan är möjlig. En mer detaljerad diskussion om etiska aspekter och rättvisa i en svensk kontext återfinns i **kapitel 4**.

DCEA syftar till att identifiera de åtgärder som ger det bästa utfallet genom att kombinera nettohälsovinsten från traditionell kostnadseffektivitetsanalys med en jämlikhets- eller rättviseffekt, där olika ojämlikhetsmått används. Detta avsnitt ger en översikt av kopplingen mellan välfärdsekonomi och DCEA samt dess praktiska tillämpning, som fortsättningsvis benämns *Tillämpad DCEA*.

Även om termerna *ojämlikhet* och *orättvisa* ofta används synonymt, har de skilda betydelser. Ojämlikhet syftar på observerade skillnader, exempelvis i hälsa mellan individer, medan orättvisa handlar om huruvida dessa observerade skillnader är moraliskt och etiskt problematiska. Alla orättvisor är således ojämlikheter, men alla ojämlikheter är inte nödvändigtvis orättvisa. Till exempel kan skillnader i vårdutnyttjande vara motiverade om de enbart speglar varierande vårdbehov.

I det följande presenteras flera mått på ojämlikhet och rättvisa. Om det råder samhällelig konsensus kring det valda måttet och graden av *ojämlikhetsaversion*, kan dessa mått tolkas som indikatorer på orättvisa. Med ojämlikhetsaversion menas att individer kan vara beredda att ge upp en del av sin egen nytta, inkomst eller hälsa för att minska skillnader mellan grupper och individer i samhället.

2.1 En DCEA baserad på en samhällelig välfärdsfunktion

Den teoretiska grunden för ekonomiska utvärderingar bygger på en samhällelig välfärdsanalys som syftar till att avgöra om utfallet av en åtgärd är bättre än ett eller flera alternativ. Detta görs genom att beräkna nettovinsten före och efter åtgärden och avgöra om nettovinsten är positiv eller negativ. Den samhällelige välfärden påverkas dock även av hur dessa nettovinsten fördelas mellan individer.

Inom *tillämpad* kostnadseffektivitetsanalys antas vanligtvis att alla individer ges lika vikt, i enlighet med principen ”en QALY är en QALY”. Det innebär att varje QALY tillskrivs samma värde, oavsett vem som får eller förlorar den. Denna princip har dock ifrågasatts av många forskare.²⁷

DCEA omprövar detta antagande genom att explicit beakta skillnader i hälsa mellan individer eller grupper, exempelvis baserat på bostadsort, etnicitet, kön, utbildning, socio-ekonomisk status eller socialt kapital.²⁸ Inom DCEA definieras traditionell kostnadseffektivitetsanalys som en metod för att maximera nettohälsovinsten utan att beakta hur dessa nettohälsovinsten fördelas. DCEA utvidgar analysen genom att även inkludera jämlikhets- eller rättviseaspekter, vilket gör det möjligt att identifiera åtgärder som inte bara förbättrar hälsan totalt sett utan även bidrar till en mer rättvis fördelning.

Om vi antar att samhället kan enas om hur individer ska viktas och accepterar de grundläggande principerna i kostnadseffektivitetsanalysen, det vill säga ett hälsofokus och en additiv samhällelig välfärdsfunktion, blir DCEA en naturlig förlängning av den traditionella kostnadseffektivitetsanalysen. I stället för en utilitaristisk samhällelig välfärdsfunktion kan en generaliserad samhällelig välfärdsfunktion formuleras, där varje individs hälsa viktas med en faktor $g_i(H_{it})$:

$$W_j = \sum_i^N \sum_t^T g_i(H_{itj}) = \sum_i^N \sum_t^T a_i H_{itj}, \quad (14)$$

Beslutet att genomföra en ny åtgärd jämfört med ett definierat alternativ inom DCEA-ramverket är i princip enkelt: om åtgärden leder till en positiv nettohälsovinst är den värd att genomföra, annars inte. DCEA kräver dock flera värderingsmässiga överväganden kring formen på $g(H)$. Om $g(H)$ kan specificeras fullt ut, exempelvis genom additiva linjära etiska välfärds- eller prioriteringsvikter (se ekvation 14), ersätter DCEA i praktiken den traditionella kostnadseffektivitetsanalysen.

Tillämpad DCEA fokuserar dock sällan på att direkt skatta ekvation 14. I praktiken fungerar DCEA snarare som ett praktiskt verktyg för beslutsstöd, även i situationer där fullständig information eller konsensus om viktiga parametrar saknas, såsom vem som bör prioriteras och i vilken utsträckning.

Det är viktigt att notera att även om vi fokuserar på kostnadseffektivitetsanalys och DCEA, eftersom de är vanliga metoder inom ekonomiska utvärderingar av hälsoåtgärder, finns motsvarande diskussioner om hur fördelningseffekter kan integreras inom kostnadsintäktsanalys.^{29,30} Mycket av det vi diskuterar

²⁷ Fleurbaey, M., and J. K. Hammitt, ‘The Right Numeraire or the Just Weights? How to Make BCA Rational and Fair’, *Journal of Benefit-Cost Analysis* (2024), 1–20.

²⁸ O’Neill, J., H. Tabish, V. Welch, M. Petticrew, K. Pottie, M. Clarke, ... and P. Tugwell, ‘Applying an Equity Lens to Interventions: Using PROGRESS Ensures Consideration of Socially Stratifying Factors to Illuminate Inequities in Health’, *Journal of Clinical Epidemiology*, 67.1 (2014), 56–64.

²⁹ Adler, M. D., and O. F. Norheim (eds.), *Prioritarianism in Practice* (Cambridge: Cambridge University Press, 2022).

³⁰ Fleurbaey, M., and J. K. Hammitt, ‘The Right Numeraire or the Just Weights? How to Make BCA Rational and Fair’, *Journal of Benefit-Cost Analysis* (2024), 1–20.

här är därför också relevant även för kostnadsintäktsanalys. Valet mellan kostnadseffektivitetsanalys och kostnadsintäktsanalys beror på den specifika åtgärdens kontext, vilket diskuteras i **kapitel 1**.

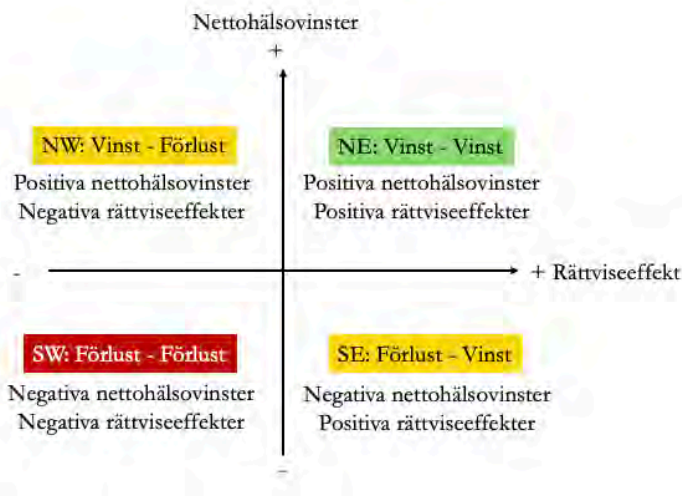
2.2 Tillämpad DCEA i ett rättvisa-effektivitets diagram

Inom tillämpad DCEA beaktas både effektivitet och rättviseeffekten av en åtgärd samtidigt.³¹³² För att åskådliggöra denna balans kan ett rättvisa-effektivitetsdiagram (equity-efficiency plane) användas. Välkända mått på ojämlikhet, såsom Gini-index och koncentrationsindex, kan användas för att mäta åtgärders rättviseeffekt. Dessa mått fångar dock inte själva avvägningen mellan effektivitetsvinst och rättviseeffekt. För att tydliggöra denna relation används rättvisa-effektivitetsdiagrammet, där effektivitet mäts i termer av nettohälsovinsten på y-axeln (från kostnadseffektivitetsanalysen) och rättviseeffekten i termer av ojämlikhetsindex på x-axeln (från rättvis- eller ojämlikhetsmätningen). Avvägningen mellan effektivitetsvinster och rättviseeffekter överlämnas dock till beslutsfattaren.

Effektivitet definieras som nettohälsovinsten av en åtgärd, där alla individer ges samma vikt. Nettohälsovinsten beräknas som hälsovinsten minus hälsoförlusten (kostnaden), ofta mätt i QALYs. För att omvandla åtgärdens kostnad i pengar till kostnad i QALYs används en konverteringsfaktor, tröskelvärdet (se avsnitt 1). Detta möjliggör en direkt jämförelse mellan kostnaden och hälsovinst i samma enhet, QALYs, vilket gör nettohälsovinsten till måttet på effektivitet. Jämlikhet eller rättvisa definieras här som det som kan mätas med hjälp av ett ojämlikhetsindex. Genom att inkludera detta index i rättvisa-effektivitetsdiagrammet kan de potentiella avvägningarna mellan nettohälsovinst och rättviseeffekter visualiseras. Diagrammet kombinerar två dimensioner: vertikalt: nettohälsovinst och horisontellt: ojämlikhetseffekter. Diagrammet delas in i fyra kvadranter (se Figur 2.1), vilket möjliggör en bedömning av olika åtgärders effekter på både rättvisa och effektivitet. Det är viktigt att notera att termen rättvisa används i en bred bemärkelse här, eftersom valet av ojämlikhetsmått ofta är subjektivt och inkluderar en parameter som anger aversion mot ojämlikhet. I slutändan är det en fråga för beslutsfattaren att väga effektivitets och rättvisedimensionerna mot varandra vid beslut.

³¹ Cookson, R., Mirelman, A. J., Griffin, S., Asaria, M., Dawkins, B., Norheim, O. F., Verguet, S., & Culyer, A. J. (2017). Using cost-effectiveness analysis to address health equity concerns. *Value in Health*, 20(2), 206–212.

³² Yang, F., C. Angus, A. Duarte, D. Gillespie, S. Walker, and S. Griffin, 'Impact of Socioeconomic Differences on Distributional Cost-Effectiveness Analysis', *Medical Decision Making*, 40.5 (2020), 606–18.



FIGUR 2.1: RÄTTVISA-EFFEKTIVITETSDIAGRAM

Figur 2.1 illustrerar rättvisa-effektivitetsdiagrammet.

- **Nordöstra kvadranten:** Åtgärder som ger både en effektivitetsvinst och rättvisevinst bör genomföras, då de förbättrar både totala hälsan och jämlikheten jämfört med alternativet.
- **Sydvästra kvadranten:** Åtgärder som leder till både en effektivitetsförlust och rättviseförlust bör undvikas, då de försämrar både hälsan och jämlikheten jämfört med alternativet.
- **Sydöstra kvadranten:** Åtgärder som ger en rättvisevinst men en effektivitetsförlust kräver en avvägning, och beslut bestäms av beslutsfattarens grad av ojämlikhetsaversion.
- **Nordvästra kvadranten:** Åtgärder som ger en effektivitetsvinst men leder till en rättviseförlust kräver också en avvägning, och beslut bestäms av beslutsfattarens grad av ojämlikhetsaversion.

Origo i diagrammet representerar det fall där hälsoåtgärden varken har någon rättvisoeffekt eller effektivitetseffekt jämfört med alternativet, inklusive att göra "ingenting" alternativet.

För att mäta effekterna på rättvisa krävs enighet om vilket ojämlikhetsindex som ska användas och storleken på ojämlikhetsaversionen. Ojämlikhetsaversionen anger hur känsligt måttet är för förändringar i hälsoutfallet vid olika punkter i fördelningen, särskilt i den nedre svansen av fördelningen där individer med sämre hälsa befinner sig.

Vanliga mått för att analysera ojämlikhet inkluderar:

- Atkinson's index
- Kolm's index och
- Ett utökat (extended) Gini-index.

Dessa mått möjliggör en mer detaljerad analys av hur nettohälsovinster påverkar olika grupper. Valet av index är dock avgörande för analysens utfall och bör därför kompletteras med känslighetsanalyser.

Atkinson's index

- Atkinson's index³³ är ett relativt ojämlikhetsmått som tar hänsyn till beslutsfattarens aversion mot ojämlikhet genom en parameter (ϵ) som ligger mellan 0 (ingen) och 1 (maximal)
- Ju högre ϵ , desto större vikt läggs vid att minska ojämlikhet, särskilt för individer med sämre hälsa.
- Ett $\epsilon > 1$ indikerar en aversion mot ojämlikhet. I en studie av Robson et al.³⁴ skattades denna parameter till cirka 11 i England. Det implicerar att den individ som har det sämst ställt viktas drygt 7 gånger mer än den individ som har det bäst ställt.
- Vid $\epsilon = 1$ gäller att "en QALY är en QALY", vilket innebär att DCEA = CEA.
- Atkinsons index är ett nivåberoende mått, vilket innebär att prioriteringar inte bara baseras på relativa skillnader utan också på individernas faktiska hälsotillstånd. Detta skiljer indexet från andra ojämlikhetsmått som enbart fokuserar på rangordning av hälsa.
- I denna bemärkelse är Atkinsons index kopplat till prioritarianism, där individer eller grupper med sämre hälsa ges högre prioritet. Fokus ligger på att minska ojämlikheter utifrån deras relativa hälsolivåer snarare än enbart deras inbördes rangordning.

Kolm's index

Kolms index³⁵ skiljer sig från Atkinsons index och Gini-koefficienten genom att fokusera på absolut ojämlikhet snarare än relativ ojämlikhet.

- Ett $\alpha > 0$ indikerar starkare ojämlikhetsaversion. I Robson et al.³⁶ skattades denna parameter till 0,15. Detta implicerar att den individ som har det sämst ställt viktas 6 gånger mer än den som har det bäst ställt.

Det utökade Gini-indexet

Det utökade Gini-indexet mäter den relativa ojämlikheten av hälsa i en befolkning på en skala från 0 (perfekt jämlikhet) till 1 (maximal ojämlikhet).

- Det vanliga Gini måttet är mindre känsligt för förändringar i hälsoutfallet i vissa delar av fördelningen.
- Det utökade Gini-indexet introducerar en parameter (γ) som gör måttet mer känsligt för individer i de lägre hälsoskikten.
- Ju högre γ , desto större vikt ges åt individer längre ned i fördelningen.

Det utökade Gini-indexet är rankbaserat, vilket innebär att det enbart beaktar rangordningen av hälsa utan att ta hänsyn till den faktiska hälsolivån.

³³ Atkinson, A. B. (1970). On the measurement of inequality. *Journal of Economic Theory*, 2(3), 244–263.

³⁴ Robson, M., Asaria, M., Cookson, R., Tsuchiya, A., & Ali, S. (2017). Eliciting the level of health inequality aversion in England. *Health Economics*, 26(10), 1328–1334. <https://doi.org/10.1002/hec.3430>

³⁵ Kolm, S. C. (1976). Unequal inequalities. I. *Journal of Economic Theory*, 12(3), 416–442. [https://doi.org/10.1016/0022-0531\(76\)90038-5](https://doi.org/10.1016/0022-0531(76)90038-5)

³⁶ Robson, M., Asaria, M., Cookson, R., Tsuchiya, A., & Ali, S. (2017). Eliciting the level of health inequality aversion in England. *Health Economics*, 26(10), 1328–1334. <https://doi.org/10.1002/hec.3430>

TABELL 2.1: JÄMFÖRELSE AV FÖRDELAR MELLAN ATKINSON, KOLM OCH GINI:

Egenskap	Atkinson's index	Kolm's index	Utökad Gini index
Fokus	Relativ ojämlikhet; viktad av aversion	Absolut ojämlikhet; viktad av aversion	Relativ ojämlikhet; viktad av aversion
Känslighet	Mäter relativa skillnader. Känsligt för förändringar i lägre hälsokikt (vid $\epsilon > 1$)	Mäter absoluta skillnader. Känsligt för förändringar i lägre hälsokikt (vid $\alpha > 0$)	Måttligt känsligt över hela fördelningen.
Parameter	Ojämlikhetsaversion ϵ	Ojämlikhetsaversion α	Ingen explicit parameter (Utökad Gini-index inkluderar en ojämlikhetsaversion parameter γ)
Åtgärd	Användbart för att rikta in sig på individer med den sämsta hälsa	Bäst för att adressera absoluta hälsoproblem	Generellt ändamål; bred analys
Tolkning	Andel av hälsan som offras för jämlikhet	Betonar monetära skillnader explicit	Abstrakt representation av spridning

Skillnaden mellan relativa, absoluta och rankbaserade mått är central:

- *Utökad Gini-index* är rankbaserat och mäter relativ ojämlikhet, vilket innebär att det inte påverkas av proportionella förändringar i hälsan, exempelvis av en ökning för alla med 10%.
- *Atkinson's index* är nivåbaserat och mäter relativ ojämlikhet, vilket innebär att det inte påverkas av proportionella förändringar i hälsan
- *Kolm's index* är nivåbaserat och mäter absolut ojämlikhet, vilket innebär att det inte påverkas inte av absoluta förändringar i hälsan, exempelvis av en ökning för alla med 5 QALYs.

Därför kan (utökad) Gini-index och Atkinsons index ge samma resultat i två populationer där den ena har 10% bättre hälsa för alla än den andra, medan Kolms index skulle visa en förändring.

De olika ojämlikhetsindexen har unika fördelar beroende på vilket perspektiv som prioriteras i analysen:

- Atkinson's index:
 - Idealiskt för att analysera hälsopolitik när jämlikhet och omfördelning prioriteras.
 - Kan justeras för att lyfta fram relativa skillnader, särskilt bland dem med sämst hälsa.
- Kolm's Index:
 - Lämpligt när absoluta hälsoskillnader är mer relevanta

- Användbart vid jämförelser mellan hög- och låginkomstländer, där relativa skillnader kan vara mindre meningsfulla.
- Gini Index:
 - Enkelt och intuitivt, allmänt tillämpligt för att mäta ojämlikhet i stort.

Dessa index beaktar hälsans fördelning och mäter graden av orättvisa baserat på en given ojämlikhetsparameter. Det är dock inte alltid optimalt att analysera ojämlikhet enbart utifrån hälsa. I vissa fall föredras en analys där socioekonomiska faktorer, såsom inkomst eller utbildning, står i fokus.

För att analysera hälsoojämlikhet i relation till socioekonomiska faktorer kan bivariata index användas, där individer rangordnas efter ett mått på socioekonomisk status (SES). Exempel på sådana index är koncentrationsindexet³⁷ och det utökade koncentrationsindexet.³⁸ Koncentrationsindexet är en variant av Gini-indexet, där individer ofta rangordnas efter inkomst i stället för hälsa. Det utökade koncentrationsindexet introducerar en parameter för ojämlikhetsaversion liknande den som används för det utökade Gini-indexet och Atkinson's index och även för Kolm's index. Detta möjliggör en finjustering av aversionen mot hälsoskillnader mellan individer med olika inkomstnivåer. I svensk kontext har forskning visat att befolkningen i allmänhet stödjer en ojämlikhetsparameter för koncentrationsindex motsvarande $\gamma=2-3$, vilket ungefär motsvarar den ojämlikhetsparameter som implicit antas när man använder det vanliga standardmässiga koncentrationsindexet.³⁹

2.3 Välfärds måttet i DCEA: den jämlikhetsjusterade hälsoekvivalenten

Med ett valt ojämlikhetsindex och en parameter för ojämlikhetsaversion kan man beräkna den så kallade jämlikhetsjusterade hälsoekvivalenten (Equally Distributed Equivalent Health, EDEH). EDEH representerar den nivå av hälsa som, om den vore perfekt jämnt fördelad över alla grupper, skulle ha samma samhällsbara värde som den faktiska (ojämlika eller orättvisa) fördelningen i befolkningen. Eftersom det ofta finns en preferens för att minska hälsoskillnader i de flesta länder inklusive Sverige är hälsoekvivalenten vanligen lägre än den faktiska genomsnittliga hälsosnivån i befolkningen.

Hälsoekvivalenten kan beräknas med formeln $EDEH = \mu - I/\mu$, där μ är den genomsnittliga hälsan och I är ojämlikhetsindexet, exempelvis Atkinson's index $A(\epsilon)$, Kolm's index $K(\alpha)$, eller det utökade koncentrationsindexet. En högre ojämlikhetsaversion fungerar som en vikt som straffar den genomsnittliga hälsan, vilket leder till en lägre hälsoekvivalent när hälsan är ojämnt fördelad.

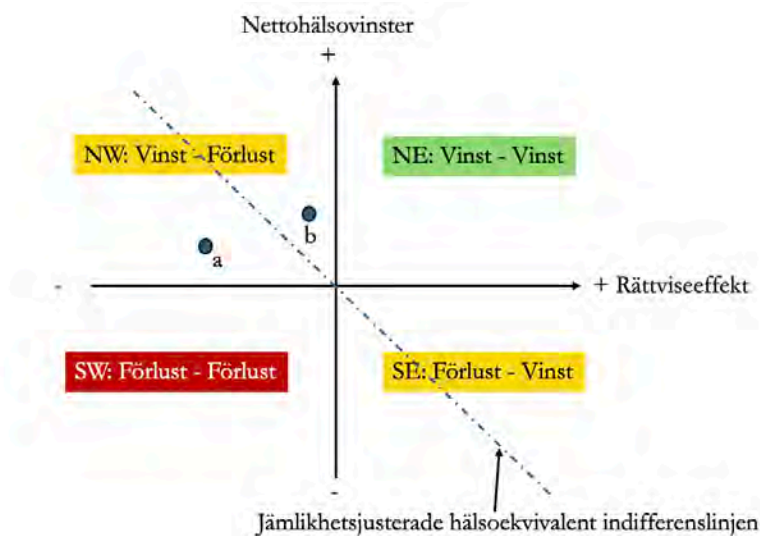
Skillnaden mellan den faktiska hälsosnivån och hälsoekvivalenten kan ses på två sätt: (i) som den välfärdskostnad som uppstår till följd av ojämlika eller orättvisa hälsoskillnader; (ii) som det samhällsbara värde som skulle kunna vinnas om hälsan fördelades mer jämnt. En åtgärd som upprätthåller den totala hälsosnivån men minskar hälsoskillnaderna skulle öka hälsoekvivalenten, och därmed bidra till en förbättring av samhällsbara välfärd.

Hälsoekvivalenten kan illustreras i rättvisa-effektivitetsdiagrammet. Åtgärder i:

³⁷ Wagstaff, A., P. Paci, and E. Van Doorslaer, 'On the Measurement of Inequalities in Health', *Social Science & Medicine*, 33.5 (1991), 545–57.

³⁸ Wagstaff, A., 'Inequality Aversion, Health Inequalities and Health Achievement', *Journal of Health Economics*, 21.4 (2002), 627–41.

³⁹ Hardardottir, H., U. G. Gerdtham, and E. Wengström, 'Parameterizing Standard Measures of Income and Health Inequality Using Choice Experiments', *Health Economics*, 30.10 (2021), 2531–46.



FIGUR 3.2: RÄTTVISA-EFFEKTIVITETSDIAGRAMMET OCH DEN JÄMLIKHETSJUSTERADE HÄLSOEKVIVALENT INDIFFERENSLINJEN

- Nordöstrakvadranten (vinst-vinst) leder till högre hälsoekvivalent än alternativet och bidrar därmed till ökad samhällelig välfärd.
- Gula kvadranterna ligger utanför vinst-vinst-området, men kan fortfarande resultera i ett positivt samhälleligt välfärdsutfall, beroende på avvägningen mellan effektivitet och jämlikhet.

I **figur 3.2** representeras den jämlikhetsjusterade hälsoekvivalent indifferens av en streckad linje genom diagonalen i de gula kvadranterna. Denna linje markerar indifferenspunkten mellan effektivitet och jämlikhet:

- Åtgärd a: ligger under linjen och skulle leda till en hälsoekvivalent som är lägre än alternativet, vilket gör den mindre fördelaktig.
- Åtgärd b: ligger över linjen och anses därför vara samhälleligt fördelaktig. Trots att den ökar ojämlikhet kompenseras detta av en positiv effekt på den totala hälsönivån.

Hälsoekvivalenten erbjuder en teoretisk ram för att formulera den samhällelige välfärdsfunktionen. För att acceptera en specifik beräkning av hälsoekvivalenten krävs dock enighet om flera viktiga faktorer:

- Additiv välfärdsfunktion: antagandet att välfärdsfunktionen är additiv innebär att individers hälsa kan summeras till ett mått för samhällelig välfärd.
- Valet av ojämlikhetsmått: Exempelvis Atkinsons index, Kolms index, Gini- och koncentrationsindex.
- Ojämlikhetsaversion: Bestämning av parametern som speglar ojämlikhetsaversion.

Om konsensus uppnås kring dessa element, blir välfärdsanalys en fråga om att jämföra hälsoekvivalenter mellan olika åtgärder för att identifiera den som leder till den högsta välfärdsnivån.

2.4 DCEA i frånvaro av konsensus om ojämlikhetsmått

Analys baserat på en samhällelig välfärdsfunktion och rättvisa-effektivitetsdiagram förutsätter samhällelig konsensus kring vilket ojämlikhetsmått och vilken aversionsparameter som bäst speglar graden av rättvisan i fördelningen. Utan konsensus är det svårt att dra entydiga slutsatser om ojämlikhetseffekter. Trots frånvaro av konsensus kan det i vissa situationer ändå vara möjligt att göra relevanta bedömningar av välfärdseffekter. En metod som används i sådana fall är dominansanalys.

Dominansanalys är en metod för att jämföra och rangordna olika fördelningar utifrån allmänt accepterade men svaga välfärdsprinciper.⁴⁰ Dessa principer är svaga i den meningen att de inte kräver starka antaganden om individers preferenser och värderingar. Nackdelen med dominansanalys är att frånvaro av dominans innebär att det inte går att dra slutsatser om rangordningar. Detta lämnar beslutsfattare utan vägledning när ingen fördelning överträffar den andra enligt alla mått.

Vad är en dominansanalys?

Dominansanalys bygger på två centrala principer:

1. *Paretoprincipen*: En fördelning kan anses entydigt bättre om åtminstone en individ får det bättre
2. *Pigou-Daltonprincipen (principen om hälsoöverföringar)*: innebär att en hälsofördelning är mer rättvis om hälsa överförs från en individ med bättre hälsa till en individ med sämre hälsa, så länge rangordningen inte blir omvänd. Den genomsnittliga hälsan kommer bli oförändrad av en sådan hälsoöverföring. Resurser som läggs på en cancerbehandling i stället för milda knäskador kan ses som en hälsoomfördelning från personer med milda problem till de med allvarigare problem.

Dessa två principer kan analyseras med dominansanalys och är i vissa fall tillräckliga för att rangordna fördelningar från fördelningar som är mindre önskvärda till fördelningar som är mer önskvärda.

Olika typer av dominans

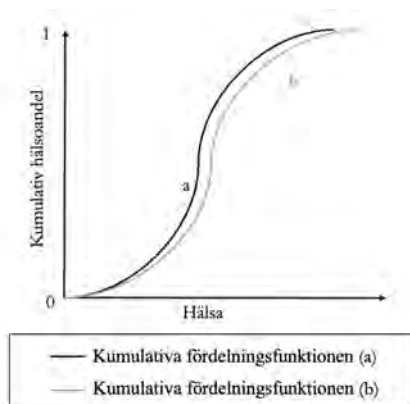
A. Första ordningens (stokastisk) dominans

Denna metod jämför kumulativa fördelningsfunktioner för två olika fördelningar. Om individer rangordnas från de med låg hälsa till hög hälsa, visar den kumulativa fördelningsfunktion hur stor andel av den totala hälsan som återfinns i den del av befolkning som uppnår en viss hälsonivå. Om den ena kumulativa fördelningskurvan (kurva b i **Figur 3.3**) ligger (delvis) till höger om den andra (kurva a **Figur 3.3**) och aldrig till vänster, innebär det första ordningens dominans, vilket är förenligt med *Paretoprincipen*.

B. Lorenzdominans

Lorenzkurvan visar den kumulativa andelen hälsa i en befolkning i relation till den kumulativa andelen av en befolkning, sorterad från de med minst hälsa till de med mest hälsa. Skillnaden mellan Lorenzkurvan och den kumulativa fördelningsfunktionen är att Lorenzkurvan

⁴⁰ O'Donnell, O., & Van Ourti, T. (2020). Dominance analysis. In *Distributional Cost-Effectiveness Analysis: Quantifying Health Equity Impacts and Trade-Offs* (p. 213). Oxford University Press.



FIGUR 3.3: DOMINERANDE KUMULATIVA FÖRDELNINGSFUNKTION

kopplar rangordningen av hälsa till den kumulativa hälsan i befolkningen, medan fördelningsfunktionen kopplar en viss hälsonivå till den kumulativa andelen av befolkningen.

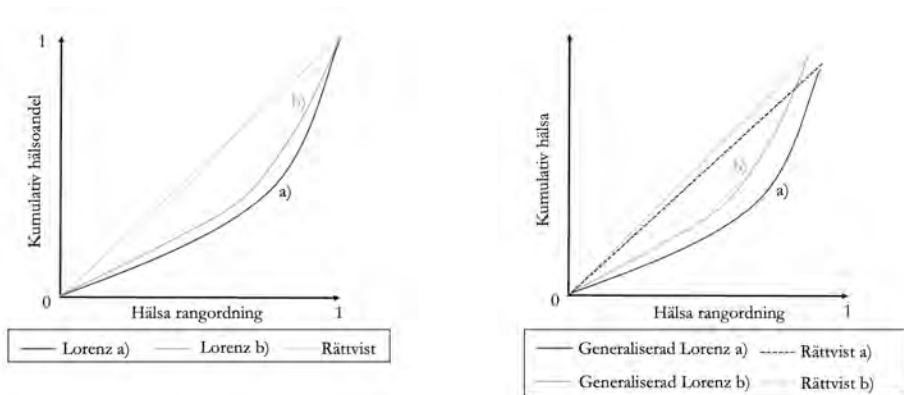
Lorenzkurven inkluderar även en referenslinje för perfekt jämlikhet, den så kallade jämlikhetslinjen som representerar en situation där hälsan är lika fördelad mellan alla individer. Om en Lorenzkurva för ett alternativ ligger närmare jämlikhetslinjen än en annan Lorenzkurva i varje punkt, dominerar det alternativet enligt Lorensdominans, vilket överensstämmer med *Pigou-Daltonprincipen*.

När två fördelningar har samma genomsnittliga hälsa kan Lorensdominans indikera om en åtgärd leder till en rättvisevinst i ett rättvisa-effektivitetsdiagram, oavsett vilket ojämlikhetsmått som används (Kolm, Atkinson, utökade Gini) och oberoende av vilken ojämlikhetsaversionsparameter som används. Figur 3.4 panel a) visar två fördelningar: fördelning b) ligger närmare rättviselinjen än fördelning a) och aldrig längre ifrån rättviselinjen, vilket innebär att b) dominerar a) om båda alternativen resulterar i samma genomsnittliga hälsa.

C. Generaliserad Lorensdominans

Generaliserad Lorensdominans är lik Lorensdominans, men till skillnad från den senare möjliggör den en rangordning av åtgärder när den genomsnittliga hälsan varierar mellan fördelningar. Den Generaliserade Lorenzkurvan är en variant av Lorenzkurvan där varje punkt multipliceras med den genomsnittliga hälsan i befolkningen. Figur 3.3, panel b), visar två fördelningar där kurvan för b) ligger till vänster om kurvan för a) och aldrig till höger. Detta innebär att b) dominerar a) enligt både *Paretoprincipen* och *Pigou-Daltonprincipen*.

En fördel med generaliserad Lorensdominans är att Lorensdominans stödjer både *Pareto-principen* och *principen om hälsotransfereringar (Pigou-Dalton-principen)*, vilket möjliggör en rangordning av åtgärder som annars skulle ge motstridiga resultat avseende rättvisa och effektivitet. Metoden kan dessutom kombineras med en rättvisa-effektivitetsanalys för att rangordna åtgärder i den nordvästra delen av diagrammet (vinst-förlust-zonen). En nackdel är dock att metoden prioriterar förbättringar av den genomsnittliga hälsan framför minskad ojämlikhet. Detta beror på att den generaliserade Lorenzkurvan beräknas genom att multiplicera Lorenzkurvan med den



a) Dominerande Lorenzkurva

b) Dominerande generaliserad Lorenzkurva

FIGUR 3.4: DOMINERANDE LORENZKURVA

genomsnittliga hälsan, vilket gör att förändringar i genomsnittet får större vikt än förändringar i jämlikhet. Eftersom metoden implicit värderar en högre genomsnittlig hälsa som en förbättring, kan en åtgärd som ökar rättvisan men samtidigt minskar den genomsnittliga hälsan aldrig föredras inom med denna metod. Även om en åtgärd minskar hälsoklyftorna i samhället, kommer den inte att dominera alternativet om den samtidigt leder till en lägre total hälsonivå.

O'Donnell och Van Ourti⁴¹ diskuterar olika utvidgningar av dominansanalysen som ligger utanför ramen för denna rapport. Dominansanalys kan även anpassas för situationer där vissa grupper, exempelvis låginkomstgrupper, prioriteras. I dessa fall används koncentrationskurvan i stället för Lorenzkurvan och den generaliserade (absoluta) koncentrationskurvan på ett liknande sätt som Lorenzkurvan för att analysera dominans inom inkomstrelaterad hälsoojämlikhet.

2.5 Hur kan en DCEA genomföras: en checklista

Steg 1: Uppskatta hälsofördelningen före och efter en åtgärd

- Identifiera relevanta delgrupper för analys av hälsofördelningen, exempelvis genom att använda PROGRESS⁺⁴², som är ett ramverk för att kategorisera individer baserat på bostadsort, etnicitet, kön, utbildning, socioekonomisk status eller socialt kapital, som kan påverka hälsan.
- Beräkna (simulera) hälsovinster och alternativkostnader av en åtgärd i relation till alternativet för varje delgrupp. Alternativkostnaden mäts vanligen i hälsoterm (QALYs) vilket görs genom att dividera kostnaden i monetära termer med tröskelvärdet. Det är särskilt viktigt att analysera fördelningen av alternativkostnader, eftersom en ny åtgärd kan tränga undan sjukvård på grund av en budgetrestriktion, vilket i sig kan ha fördelningsimplikationer, se avsnitt 3.

⁴¹ O'Donnell, O., & Van Ourti, T. (2020). Dominance analysis. In *Distributional Cost-Effectiveness Analysis: Quantifying Health Equity Impacts and Trade-Offs* (p. 213). Oxford University Press.

⁴² O'Neill, J., H. Tabish, V. Welch, M. Petticrew, K. Pottie, M. Clarke, ... and P. Tugwell, 'Applying an Equity Lens to Interventions: Using PROGRESS Ensures Consideration of Socially Stratifying Factors to Illuminate Inequities in Health', *Journal of Clinical Epidemiology*, 67.1 (2014), 56–64.

- Beräkna nettohälsovinsten per delgrupp genom att subtrahera hälsoalternativkostnaden i QALYs med nettohälsovinsten i QALYs mellan åtgärd- och alternativ.
- Uppskatta den kvalitetsjusterade livslängden (QALE) efter en åtgärd genom att addera nettovinsten i QALYs till uppskattade QALE vid baslinjen för varje delgrupp i befolkningen.

Steg 2: Välj samhällelig välfärdsfunktion och ojämlikhetsmått samt parameter för ojämlikhetsaversion

Om DCEA bygger på en samhällelig välfärdsfunktion krävs en specifikation av den jämlikhetsjusterade hälsoekvivalenten (Equally-Equivalent Distribution of health, EDEH), $\mu - I/\mu$, där I är ett ojämlikhetsmått och μ är den genomsnittliga hälsan. Vanliga alternativ för I inkluderar:

- Atkinson's index – används om relativa skillnader är i fokus.
- Kolm's index – används om absoluta skillnader är i fokus.

Om fokus ligger på socioekonomiska hälsoskillnader används ofta bivariata index (bivariat = hälsa över grupper såsom inkomstgrupper), exempelvis utökad koncentrationsindex (se ovan).

Det är också nödvändigt att specificera parametern för ojämlikhetsaversion, antingen explicit eller implicit, för att bestämma måttet på en orättvis fördelning i hälsa. Resultaten bör presenteras för ett rimligt intervall av värden på aversionsparametern.

Steg 3: Beräkna nettohälsovinsten och jämlikhetseffekten av en åtgärd jämfört med alternativet.

- Beräkna den totala nettohälsovinsten i befolkningen, summan av nettohälsovinsten för alla delgrupper (den traditionella kostnadseffektivitetsanalysen).
- Skatta förändringen i jämlikhetsmålet före och efter åtgärden genom att beräkna skillnaden mellan hälsoekvivalenten vid baslinjen (EDEH) och hälsoekvivalenten med åtgärden, det vill säga inkrementella (förändringen) i EDEH.

Steg 4: Presentera resultaten i rättvisa-effektivitetsdiagrammet.

Visualisera resultaten med hjälp av ett rättvisa-effektivitetsdiagram. Dominansanalys kan användas om alternativen ligger i nordväst- eller sydostkvadranterna, men endast när kurvorna (till exempel a och b i ett Lorenzdiagram) inte korsas.

Steg 5: Genomför en DCEA-specifik känslighetsanalys

Utför en känslighetsanalys med avseende på:

- Val av samhällelig välfärdsfunktion.
- Specifikation av parametern för ojämlikhetsaversion.
- Antagandet av ojämlikhetsmått.

2.6 Hur kan en DCEA genomföras: ett praktiskt exempel

Utvärdering av e-cigarett för rökavvänjning

Följande exempel på DCEA kommer från Yang et al.⁴³ som genomförde en DCEA av e-cigarett baserad på en kohortbaserad Markov-modell. De bedömde kostnadseffektiviteten av e-cigarett som nikotinersättningsbehandling för vuxna rökare (18–75 år) över en livstidshorisont.

- Hälsa mättes med QALYs, och monetära kostnader uttrycktes i brittiska pund (£, prisnivå från 2018).
- Analysen genomfördes ur ett sjukvårdsperspektiv för olika IMD-kvintiler⁴⁴ (Index of Multiple Deprivation; IMD kvintiler) i England.
- För enkelhetsskull redovisas här endast den lägsta IMD kvintilen och den högsta IMD kvintilen. Fullständig analys för samtliga fem kvintiler finns i Yang et al.⁴⁵
- En årlig diskonteringsränta på 3,5% användes (diskontering diskuteras i **kapitel 3**) både på QALYs och kostnader. National Institute for Health and Care Excellence in England (NICE) kostnadseffektivitetströskel på £20 000 per QALY användes.

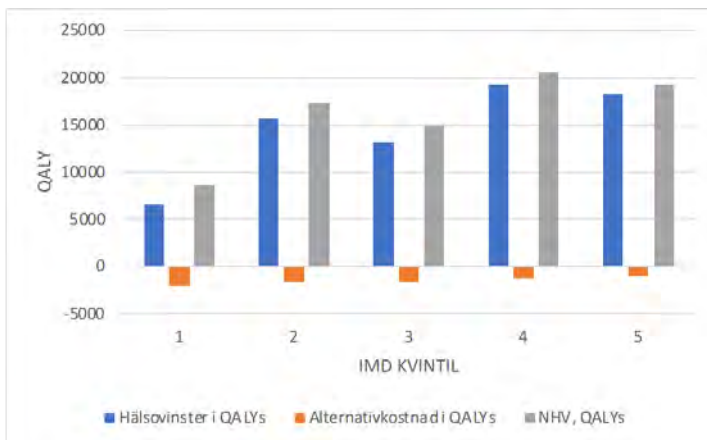
Steg för att genomföra analysen:

1. Extrahera inkrementella QALY vinster och kostnader:
 - Skatta de direkta inkrementella QALY vinsterna (a) (se **figur 3.5**, blå staplar) och de inkrementella kostnaderna (b) för e-cigarett jämfört med 'ingen åtgärd alls' för varje IMD kvintil i England;
2. Beräkna alternativkostnaden:
 - Summera de inkrementella kostnaderna (c) och konvertera dem till en alternativkostnad i QALYs (d), dvs. £ (-156 391 946)/£20 000 = -7 820 QALYs;
3. Fördela alternativkostnaden ovan:
 - Använd andelarna för alternativkostnaden som belastar varje IMD-kvintil (e) för att beräkna storleken på alternativkostnaden i varje IMD kvintil (f), exempelvis är alternativkostnaden i QALYs för IMD1 $-7\,820 \times 0,26 = -2\,033$ QALYs (se **figur 3.5**, orange staplar)
4. Beräkna nettohälsovinsten
 - Subtrahera den inkrementella QALY kostnaden per IMD-kvintil från de direkta inkrementella QALY vinsterna för varje IMD kvintil, exempelvis är nettovinsten i QALYs för IMD1: $6\,560 - (-2\,033) = 8\,593$ QALYs (se **figur 3.5**, grå staplar)

⁴³ Yang, F., C. Angus, A. Duarte, D. Gillespie, S. Walker, and S. Griffin, 'Impact of Socioeconomic Differences on Distributional Cost-Effectiveness Analysis', *Medical Decision Making*, 40.5 (2020), 606–18.

⁴⁴ IMD är ett mått som används för att bedöma hur utsatta olika geografiska områden eller individer är för olika typer av socioekonomiska faktorer, såsom inkomst, utbildning, hälsa och arbetslöshet.

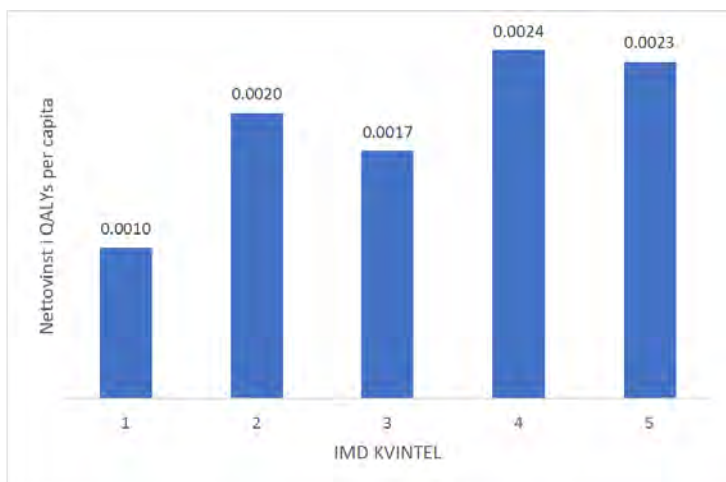
⁴⁵ Yang, F., C. Angus, A. Duarte, D. Gillespie, S. Walker, and S. Griffin, 'Impact of Socioeconomic Differences on Distributional Cost-Effectiveness Analysis', *Medical Decision Making*, 40.5 (2020), 606–18.



FIGUR 3.5 – QALYs ÖVER IMD KVINTILER

Not: Hälsövinster avser den direkta effekten av e-cigarett på QALYs. Alternativkostnader representerar effekten av det bortvalda alternativet på QALYs, och Nettohälsövinst är totaleffekten (Hälsövinster – alternativkostnader i QALYs).

5. Beräkna nettohälsövinsten per capita:
 - o Dividera den nettovinsten i QALYs för varje IMD-kvintil med befolkningsstorleken för kvintilen (h) för att få den individuella nettovinsten i QALYs per capita (i), t.ex. är den individuella nettovinsten för kvintil 1 i QALYs per capita $8\,593/8\,307\,456 = 0,0010$ QALYs (se **figur 3.6**)



FIGUR 3.6 – NETTOVINST I QALYs PER CAPITA ÖVER IMD KVINTILER

6. Beräkna QALE med åtgärden:
 - Lägg till den individuella nettovinsten i QALYs (i) till kvalitetsjusterade livslängden vid baslinjen (QALE) (j) för att få QALE med åtgärden för varje IMD-kvintil (k);
7. Beräkna EDEH vid baslinjen och med åtgärden:
 - Beräkna den ekvivalentfördelade QALE (EDEH) vid baslinjen (i) och efter åtgärdens införande (m), exempelvis med Atkinsons samhällliga välfärdsfunktion:

$$EDEH = \left(\frac{1}{N} \sum h_i^{1-\epsilon} \right)^{\frac{1}{1-\epsilon}}$$

- h_i = individuell QALE för en person i per IMD-kvintil,
 - N = total befolkningsstorlek,
 - ϵ = Atkinsons parameter för ojämlikhetsaversion ($\epsilon=10,95$ i detta exempel).
8. Beräkna inkrementella EDEH (iEDEH):
 - Skillnaden mellan EDEH med och utan åtgärden multiplicerat med befolkningsstorleken ger befolkningens inkrementella EDEH (n): $(69,467-69,465)*42\,994\,944$.
 9. Beräkna befolkningens nettohälsovinst:
 - Summera de nettohälsovinster över alla kvintiler för att få befolkningens totala nettohälsovinst med åtgärden (o).
 10. Beräkna åtgärdens påverkan på hälsojämligheten:
 - Beräkna inkrementell hälsojämlighet som skillnaden mellan iEDEH och nettohälsovinsten (p), dvs. $70\,002-80\,782=-10\,780$ QALYs.

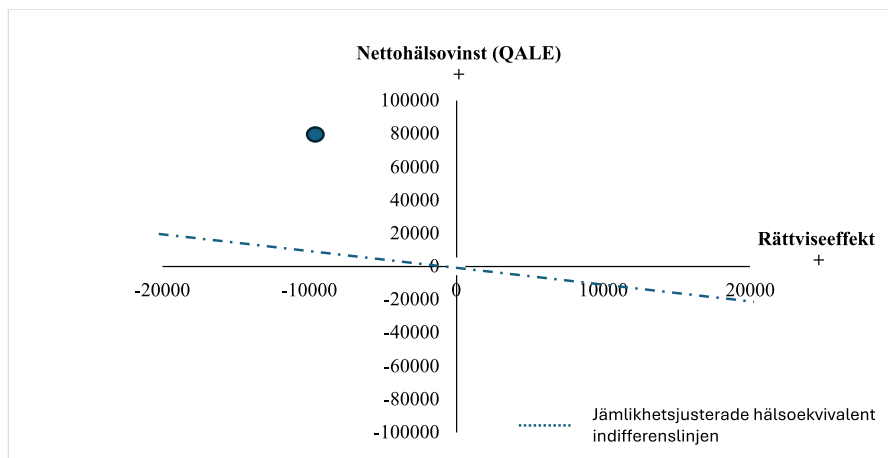
TABELL 3.1 – BERÄKNING FRÅN YANG ET AL.⁴⁶

Punkt från checklista	Steg i utförande-guide	Aktion	Lägsta IMD (kvintil 1)	Högsta IMD (kvintil 5)
1	1.	(a) Inkrementella direkta vunna QALYs	6 560	18 233
1	1	(b) Inkrementella kostnader (£)	-125 449 48	-39 398 949
1	2	(c) Totala inkrementella kostnader (summan av b kvintil 1-5)	-156 391 946	
1	2	(d) Totala inkrementella kostnader i QALYs (c/20000)	-7 820	
1	3	(e) Andelen alternativkostnad per IMD ^a	0,26	0,14
1	4	(f) Inkrementell QALY kostnad per IMD (d*e)	-2 033	-1 095
3	4	(g) Nettovinst i QALYs (a-f)	8 593	19 328
3	5	(h) Befolkningsstorlek	8 307 456	8 376 275
3	5	(i) Nettovinst i QALYs per person (g/h)	0,0010	0,0023
1	6	(j) QALE vid baslinjen (ingen åtgärd)	64,7	75,6
1	6	(k) QALE med e-cigarett (i+j)	64,7010	75,6023
2	7	(l) EDEH vid baslinjen, QALYs	69,46504790	
3	8	(m) EDEH med e-cigarett, QALYs	69,46667605	
3	8	(n) EDEH på befolkningsnivå (m-l)*befolkningsstorleken	70 002	
3	9	(o) Effekt på total hälsa (summan av g kvintil 1-5)	80 782	
3	9	(p) Effekt på hälsojämlighet (n-o)	-10 780	

Tabell not: a Hämtat från Love-Koh et al.⁴⁷

⁴⁶ Yang, F., C. Angus, A. Duarte, D. Gillespie, S. Walker, and S. Griffin, 'Impact of Socioeconomic Differences on Distributional Cost-Effectiveness Analysis', *Medical Decision Making*, 40.5 (2020), 606–18.

⁴⁷ Love-Koh, J. (2020). Level-Dependent Equity Weights. In Cookson, R., Griffin, S., Norheim, O. F., & Culyer, A. J. (Eds.), *Distributional Cost-Effectiveness Analysis: Quantifying Health Equity Impacts and Trade-Offs* (Chapter 13). Oxford University Press.



FIGUR 3.7 - RÄTTVISA-EFFEKTIVITETSDIAGRAMMET FÖR E-CIGARETTES

Figur not: Rättviseseffekt är populationens EDEH - populationens NHV. Jämlikhetsjusterade hälsoekvivalent indifferenslinjen är $\text{Nettohälsovinst} = -\text{Rättviseseffekt}$.

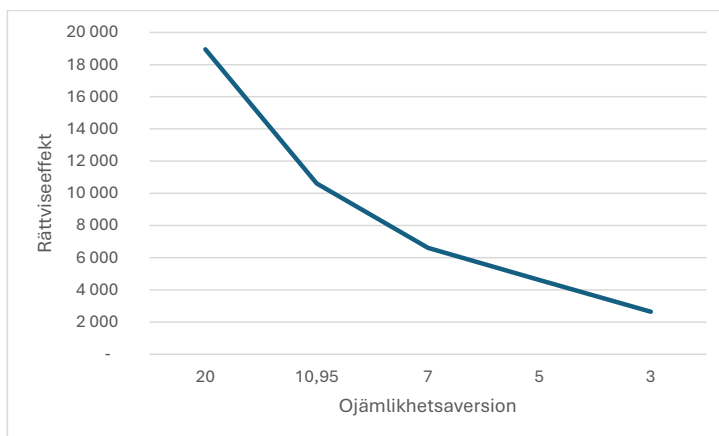
Resultat:

Det negativa värdet mellan EDEH (n) och nettohälsovinst (o) innebär att även om åtgärden ger en total nettohälsovinst på 80 782 QALYs och därmed kostnadseffektiv enligt traditionell kostnadseffektivitetsanalys, så leder den till en mer ojämlig fördelning av nettohälsovinster mellan grupper, vilket reducerar den jämlikhetsjusterade hälsoekvivalentvinsten (EDEH) till 70 002 QALYs. Åtgärden förbättra alltså hälsan totalt sett, men ökar samtidigt ojämlikheten.

Steg 4 i checklistan innebär att resultaten presenteras i en eller flera figurer. Vi använder resultateten från Yang et al.⁴⁸ och visualiserar dem i ett rättvisa-effektivitetsdiagram (se **figur 3.7**). Diagrammet visar att resultatet hamnar i den nordvästra kvadranten, vilket innebär en vinst-förlust situation. **Figur 3.7** är baserad på ett valt värde för ojämlikhetsaversionsparametern i Atkinsons index. Trots att resultatet ligger norr om den jämlikhetsjusterade hälsoekvivalentens indifferenslinje, vilket innebär att åtgärden minskar rättvisan i samhället, leder den ändå till en välfärdsvinst för samhället.

Steg 5 i en DCEA analys kan inkludera en känslighetsanalys av specifika antaganden inom DCEA. I detta fall är ojämlikhetsparametern ett viktigt antagande, eftersom slutsatsen beror på vilket värde som används. **Figur 3.8** illustrerar hur rättviseseffekten förändras vid olika värden på ojämlikhetsparametern. Även vid stora förändringar förblir den negativa rättviseseffekten mindre än den positiva nettohälsovinsten, vilket innebär att vi med relativt stor säkerhet kan dra slutsatsen att åtgärden bör genomföras.

⁴⁸ Yang, F., C. Angus, A. Duarte, D. Gillespie, S. Walker, and S. Griffin, 'Impact of Socioeconomic Differences on Distributional Cost-Effectiveness Analysis', *Medical Decision Making*, 40.5 (2020), 606–18.



FIGUR 3.8 – RÄTTVISE-EFFEKTER SOM FUNKTION AV OJÄMLIKHETSPARAMETERN

2.7 Identifiera möjligheter till omformulering av åtgärder

DCEA kan användas inte bara för att utvärdera en åtgärds effekter på fördelning och rättvisa, utan även för att förbättra dess resultat. En åtgärd som är effektiv för en resursstark befolkningsgrupp kan visa sig vara mindre effektiv för en ekonomiskt utsatt grupp. Därför kan DCEA användas för kompletterande analyser för att undersöka varför en åtgärd kan leda till ökad ojämlikhet.

Effekterna på ojämlikhet och rättvisa kan bero på flera faktorer, såsom:

- Skillnader i upptag av förebyggande åtgärder mellan befolkningsgrupper
- Skillnader i efterlevnaden av förebyggande åtgärder mellan befolkningsgrupper
- Skillnader i tillgång och upptaget av behandling mellan befolkningsgrupper
- Skillnader i behandlingseffekter mellan befolkningsgrupper
- Skillnader i efterlevnaden av behandling mellan befolkningsgrupper

Exempelvis visar Yang et al.⁴⁹ att både effektiviteten och upptaget av rökavvänjningsåtgärder är högre i ekonomiskt starka grupper. De visar också att genom att öka upptaget i en grupp med lågt upptag till den högsta nivå som uppnåtts i någon grupp kan åtgärdens resultat förbättras. Detta skulle även leda till en generell förbättring av hälsolivnaden utan att kräva en avvägning mellan hälsans nivå och minskad hälsoojämlikhet. Den socioekonomiska variationen i upptaget av rökavvänjning framstår som en viktig faktor vid utformningen av åtgärder. Detta kan ge beslutsfattare vägledning om var de bör fokusera sina insatser för att säkerställa en mer rättvis fördelning av hälsan mellan olika befolkningsgrupper. Det bör understrykas att sådana insatser ofta medför ytterligare kostnader, och vidare analyser behövs för att bedöma om de hälsovinster som uppnås rättfärdigar dessa kostnader.

2.8 Slutsats:

⁴⁹ Yang, F., C. Angus, A. Duarte, D. Gillespie, S. Walker, and S. Griffin, 'Impact of Socioeconomic Differences on Distributional Cost-Effectiveness Analysis', *Medical Decision Making*, 40.5 (2020), 606–18.

Kostnadseffektivitetsanalys med fördelningsfokus (DCEA) kompletterar traditionell kostnadseffektivitetsanalys genom att inte bara bedöma en åtgärds totala kostnadseffektivitet, utan också analysera hur nettohälsovinster fördelas i befolkningen. Det ger beslutsfattare ett verktyg för att väga effektivitet mot en rättvis fördelning av hälsa vid prioriteringar.

I detta avsnitt har vi belyst olika sätt att inkorporera fördelningsfokus i kostnadseffektivitetsanalys. Genom en femstegschecklista och ett praktiskt exempel har vi visat hur DCEA kan genomföras. Resultatet visar att DCEA inte behöver vara överdrivet komplicerad för att leverera informativa resultat. Därmed blir kostnadseffektivitetsanalys mer lik en välfärdsanalys och därmed mer användbar.

Vi har framhållit DCEA som en utökning av traditionell kostnadseffektivitetsanalys, eftersom denna metod är vanligast inom hälsoområdet. Det är dock viktigt att notera att DCEA och dess verktyg även är relevanta för att utöka en kostnadsintäktanalys.

Slutligen innebär DCEA flera viktiga beslut som måste fattas i samråd med beslutsfattare innan analysen påbörjas. Dessa beslut kommer att diskuteras närmare i avsnitt 3.

3. Vad man ska tänka på innan en DCEA påbörjas

Hittills har vi redogjort för hur en DCEA kan genomföras med de metoder som för närvarande är tillgängliga och konstaterat att det finns flera möjliga tillvägagångssätt. I detta avsnitt skisserar vi de aspekter som behöver övervägas och diskuteras med relevant beslutsfattare innan en DCEA av en åtgärd påbörjas.

3.1 Val av hälsomått (i samråd med beslutsfattare)

Vid bedömningen av en åtgärds effekter på ojämlikhet är det viktigt hur hälsomåttet definieras, då detta påverkar hur ojämlikheten kan analyseras och tolkas.

Kvalitetsjusterad livslängd (Quality-Adjusted Life Expectancy, QALE) vid födseln visar ofta att personer med sämre socioekonomiska förutsättningar har en lägre QALE, medan individer med bättre socioekonomiska förutsättningar tenderar att ha en högre QALE. Vid diagnostillfället kan dock QALE vara högre för socioekonomiskt utsatta grupper, eftersom de ofta insjuknar tidigare än individer med bättre socioekonomiska förutsättningar och därmed har en längre återstående livslängd.

Vid bedömning av relativ ojämlikhet är valet av QALE vid födseln eller vid diagnos viktigt. Om en åtgärd ger 1 QALY till alla individer blir effekten relativt sett större för grupper med låg QALE vid födseln såsom låg-SES grupper, vilket minskar den relativa ojämlikheten. Om däremot QALE vid diagnos används, kan effekten framstå som mindre för låg-SES grupper, eftersom dessa ofta har högre QALE vid den tidpunkten jämfört med hög-SES grupper.

En annan aspekt är om det är mest relevant att mäta ojämlikhet i hälsa i sig eller ojämlikhet i hälsa som är relaterad till faktorer såsom inkomst, utbildning, eller religion. Exempelvis kan det finnas ett särskilt starkt stöd för att beakta inkomstrelaterad ojämlikhet i hälsa, på grund av att denna ojämlikhet kan antas bero på faktorer utanför individens kontroll, såsom socioekonomiska förhållanden.⁵⁰

Sammanfattningsvis är det viktigt att definiera hälsomåttet vid bedömningen av en åtgärds effekt på ojämlikhet, eftersom detta påverkar analysen och tolkningen av ojämlikhetseffekter. Oavsett om fokus ligger på relativ eller absolut ojämlikhet, eller på hälsoskillnader kopplade till faktorer som inkomst eller kön, måste det tydligt framgå vilken typ av ojämlikhet som är mest relevant för den aktuella åtgärden. Resultaten från befintlig forskning tyder på att DCEA-analyser bör inkludera en bedömning av hälsoskillnader mellan exempelvis inkomstgrupper. I detta sammanhang framstår QALE vid födseln som det mest lämpliga hälsomåttet för att få en övergripande bild av de långsiktiga effekterna, särskilt i relation till DCEA där det primära syftet är att utvärdera hälsans fördelning i samhället.

3.2 Kausalanalys av fördelningseffekter

Som diskuteras i **kapitel 2** är kausalanalys avgörande för att korrekt utvärdera åtgärders effekter, och det är därför viktigt att planera analysen med kausalitet i åtanke. Randomiserade kontrollerade studier (RCT) är ofta den bästa metoden för att identifiera åtgärdens effekter, men när sådana studier inte är möjliga kan kvasi-experimentella metoder användas för att skapa jämförbara förutsättningar. Det är dock sällan som de kausala effekterna på ojämlikhet skattas.

⁵⁰ Love-Koh, J. (2020). Level-Dependent Equity Weights. In Cookson, R., Griffin, S., Norheim, O. F., & Culyer, A. J. (Eds.), *Distributional Cost-Effectiveness Analysis: Quantifying Health Equity Impacts and Trade-Offs* (Chapter 13). Oxford University Press.

Fördelningseffekterna av en åtgärd beror både på hälsofördelningen vid baslinjen och på faktorer såsom *upptag, följsamhet och behandlingseffekt*. De flesta RCT-studier fokuserar dock på åtgärdens genomsnittliga behandlingseffekt utan att beakta hur behandlingseffekten fördelas eller hur upptag och följsamhet påverkar utfallet.

Evidens från RCT-studier som randomiserar tillgång, exempelvis mammografisk screening, kan dock användas för att studera *upptag, följsamhet och behandlingseffekt* med hjälp av ”följsamhetsanalys” och instrumentalvariabelmetoder (IV) (se t.ex. Angrist och Hull⁵¹). När tillgång randomiseras blir experimentet en *intention-to-treat* studie, eller *intention-to-screen* i fallet med mammografi. I en sådan RCT-studie randomiseras inbjudningar, men individer kan själva välja om de vill delta i screening eller behandling. Att förstå effekten på upptag är avgörande, eftersom det speglar verkligheten inom vården och påverkar ojämlikhetseffekter. Ofta är det personer med bättre hälsa och starkare ekonomiska resurser som i högre grad investerar i sin hälsa, exempelvis genom att delta i screening. Detta kan paradoxalt nog leda till att screeningprogram förstärker hälsoklyftor.

En RCT-studie där endast inbjudan till behandling randomiseras kan också användas för att uppskatta behandlingseffekten genom IV-metoder. Angrist och Hull⁵² visar just detta och därmed förklarar varför många RCT-studier om screening för ändtarmscancer har gett så varierande resultat. De stora skillnaderna i upptag mellan studierna påverkade utfallet, men när IV-metoder användes för att analysera behandlingseffekten visade sig resultaten vara betydligt mer enhetliga.

När resultat från RCT-studier inte är tillgängliga eller när det inte är möjligt att genomföra sådana studier, utgör kvasi-experimentella studier ett värdefullt alternativ. Kvasi-experimentella metoder lämpar sig ofta bättre för att identifiera genomsnittliga effekter, men kan även anpassas för att analysera befolkningsgrupper genom subgruppsanalys. Resultaten kan sedan användas för att beräkna ojämlikhetsmått, såsom koncentrationsindex och Lorenzkurvor. Nya framsteg inom kvasi-experimentella metoder inkluderar också fördelningsbaserade Difference-in-Differences (DiD) metoder⁵³, fördelningsregression⁵⁴ och momentsbaserad fördelningskattning⁵⁵, vilket ger en mer nyanserad analys av åtgärdens effekt på hälsofördelningen.

3.3 Mätning av rättvisa med ojämlikhetsindex (i samråd med beslutsfattare)

Mätning av rättvisa med ojämlikhetsindex kräver konsensus kring två aspekter: valet av ojämlikhetsindex och storleken på ojämlikhetsaversionen. Enligt befintlig forskning är det inte klart huruvida relativa ojämlikheter, där en proportionell ökning av hälsa för alla inte påverkar ojämlikheten, eller absoluta ojämlikheter, där en lika stor hälsoökning för alla inte påverkar ojämlikheten, är mest

⁵¹ Angrist, J. D., and P. Hull, ‘Instrumental Variables Methods Reconcile Intention-to-Screen Effects Across Pragmatic Cancer Screening Trials’, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 120.51 (2023), e2311556120.

⁵² Angrist, J. D., and P. Hull, ‘Instrumental Variables Methods Reconcile Intention-to-Screen Effects Across Pragmatic Cancer Screening Trials’, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 120.51 (2023), e2311556120.

⁵³ Roth, J., P. H. Sant’Anna, A. Bilinski, and J. Poe, ‘What’s Trending in Difference-in-Differences? A Synthesis of the Recent Econometrics Literature’, *Journal of Econometrics*, 235.2 (2023), 2218–44.

⁵⁴ Fernández-Val, I., Meier, J., van Vuuren, A., & Vella, F. (2024). *Distribution Regression Difference-in-Differences*. arXiv preprint arXiv:2409.02311.

⁵⁵ Heckley, G., and D. Petrie, *Taking an Extra Moment to Consider Treatment Effects on Distributions*, Centre for Health Economics, Monash University, Working Paper No. 2024-18 (2024).

relevanta för hälsopolitiken. Valet av ojämlikhetsindex är subjektivt och *bör diskuteras i samråd med relevanta beslutsfattare* samt undersökas genom känslighetsanalyser.

Det finns omfattande internationell forskning om preferenser för ojämlikhetsaversion. Love-Koh⁵⁶ ger en översikt av litteraturen om samhällreliga preferenser för hälsofördelningar och konstaterar att de flesta studier fokuserar på allmänhetens attityder genom att undersöka deras aversion mot hälsoskillnader i befolkningen, särskilt de som är socioekonomiskt relaterade. Däremot har få studier analyserat beslutsfattares preferenser, och ingen studie har uttryckligen jämfört deras preferenser av ojämlikhet med allmänhetens preferenser. Om sådana skillnader finns kan detta leda till att åtgärder införs som inte speglar allmänhetens preferenser. Att förstå eventuella skillnader mellan allmänheten och beslutsfattare skulle vara värdefullt att inkludera i en DCEA särskilt om det skulle ge olika resultat.

Costa-Font & Cowell⁵⁷ drar slutsatsen från den befintliga litteraturen att även om det finns en allmän aversion mot ojämlikhet i hälsa i sig, är aversionen starkare när det gäller socioekonomiska skillnader i hälsa och det därför viktigt att analysera både. Även om mer forskning behövs inom den svenska kontexten, tyder de befintliga resultaten från litteraturen på att både allmänna hälsoskillnader och inkomstrelaterade hälsoskillnader bör beaktas vid DCEA analys.

3.4 Val av perspektiv (i samråd med beslutsfattare)

Val av perspektiv bör baseras på utvärderingens syfte och vilka beslutsfattare som ska använda resultaten. De två vanligaste perspektiven är sjukvårdsperspektivet och samhällsperspektivet:

- Sjukvårdsperspektivet omfattar enbart kostnader och effekter (QALYs) inom sjukvårdssystemet. Här definieras tröskelvärdet (λ_k) som den marginella kostnaden för att producera QALYs. Detta perspektiv kan visa hur resurser fördelas och vilka grupper som får de största nettovinsterna i QALYs (se ovan), men det fångar inte de bredare samhällseffekterna- produktivitetseffekter på arbetsmarknaden för individen och dennes anhöriga, resekostnader, kommunala kostnader etc.
- Samhällsperspektivet omfattar alla kostnader och effekter, oavsett vem de faller på. Med andra ord inkluderas även alla relevanta kostnader som inte ingår i sjukvårdsperspektivet, vilket ger en mer heltäckande bild av en åtgärds konsekvenser. Det tröskelvärde (λ_v) som används i samhällsperspektivet definieras som konsumtionsvärdet (betalningsviljan) för en QALY (λ_v). Skattningar av betalningsviljan är vanligen högre än den skattade marginalkostnaden för en QALY (λ_k). En tolkning är att sjukvården är underfinansierad men det finns även andra tolkningar.⁵⁸

Sjukvårdsperspektivet utgår från en fast budget. Det antas att en beslutsfattare på en högre nivå fastställer sjukvårdsbudgeten, medan en ”sjukvårdsbeslutsfattare” på en lägre nivå ansvarar för hur budgeten fördelas. Målet för sjukvårdsbeslutsfattaren är att maximera QALYs och endast beakta de kostnader som belastar sjukvårdsbudgeten. En åtgärd introduceras om dess kostnad understiger λ_k ,

⁵⁶ Love-Koh, J. (2020). Level-Dependent Equity Weights. In Cookson, R., Griffin, S., Norheim, O. F., & Culyer, A. J. (Eds.), *Distributional Cost-Effectiveness Analysis: Quantifying Health Equity Impacts and Trade-Offs* (Chapter 13). Oxford University Press.

⁵⁷ Costa-Font, J., & Cowell, F. A. (2019). *Incorporating Inequality Aversion in Health-Care Priority Setting*. *CE Sifo Working Paper Series*, No. 7503.

⁵⁸ Wouterse, B., van Baal, P., Versteegh, M., & Brouwer, W. (2023). *The Value of Health in a Cost-Effectiveness Analysis: Theory Versus Practice*. *Pharmacoeconomics*, 41(6), 607-617. <https://doi.org/10.1007/s40273-023-01265-8>

vilket innebär att den endast genomförs om hälsovinsten är större överstiger den hälsoförlust som uppstår när annan vård trängs undan på grund av den fastställda budgetrestriktionen.

Samhällsperspektivet antar å andra sidan en flexibel budget, där beslutsfattaren strävar efter att maximera det samhälleliga välbefinnandet. Om betalningsviljan (λ_v) för en åtgärd överstiger dess kostnader, antas budgeten kunna utökas genom exempelvis höjda skatter, omprioriteringar, etc.

Wouterse et al.⁵⁹ föreslår en generell beslutsregel som kombinerar dessa perspektivet genom ekvationen:

$$\lambda_v * \left[\Delta Q - \frac{1}{\lambda_k} \Delta C_h \right] - \Delta C_c,$$

där ΔQ är inkrementella QALY-vinsten av en åtgärd, ΔC_h är de inkrementella sjukvårdskostnaderna och ΔC_c är de inkrementella kostnaderna av åtgärden utanför hälsosektorn. Hela uttrycket representerar samhällsperspektivet medan sjukvårdsperspektivet representerar parentesen i ekvationen.

Genom att kombinera dessa perspektivet kan beslutsfattare på olika nivåer, exempelvis på regionnivå och samhällsnivå, få en mer nyanserad förståelse av alternativkostnader och samhällsekonomiska konsekvenser, vilket kan bidra till mer välgrundade och balanserade prioriteringar på kort och lång sikt. Om $\lambda_v > \lambda_k$ kan det hända att vissa hälsoåtgärder inte genomförs trots att betalningsviljan per QALY är högre än åtgärdskostnaderna per QALY, eftersom dessa åtgärder, om de introduceras, kommer tränga undan sjukvård på grund av budgetrestriktionen, vilket kan leda till att nettohälsovinsten blir negativ.

Slutsats:

- Sjukvårdsperspektivet: Traditionell DCEA tillämpar oftast ett sjukvårdsperspektiv, där endast kostnader och effekter inom sjukvården inkluderas, och tröskelvärdet (λ_k) speglar den marginella kostnaden för att producera QALYs.
- Samhällsperspektivet: Ett alternativ är samhällsperspektivet, där alla relevanta kostnader och effekter inkluderas, såsom produktivitetsförändringar och sociala konsekvenser. Här definieras tröskelvärdet (λ_v) som det samhälleliga konsumtionsvärdet, eller betalningsviljan, av en QALY.

Kombinerade perspektivet: En kombination av dessa perspektiv kan ge en mer nyanserad bild av alternativkostnader och stödjä mer balanserade beslut.

3.5 Fördelningen av en åtgärds alternativkostnad mätt i QALYs

En utmaning i DCEA starkt kopplade till val av perspektiv är att skatta hur alternativkostnader i termer av QALYs fördelas i befolkningen, vilket krävs för att kunna beräkna nettovinsten i QALYs för olika grupper (se **avsnitt 2**). Eftersom resurserna är begränsade måste införandet av en ny åtgärd ske på bekostnad av att något annat, antingen inom hälso- och sjukvården, i andra offentliga sektorer, eller genom minskad privat konsumtion. Ur ett sjukvårdsperspektiv innebär detta att något annat inom sjukvården måste fasas ut. Detta innebär att även om hälsovinsterna av en ny åtgärden fördelas jämnt,

⁵⁹ Wouterse, B., van Baal, P., Versteegh, M., & Brouwer, W. (2023). *The Value of Health in a Cost-Effectiveness Analysis: Theory Versus Practice*. *Pharmacoeconomics*, 41(6), 607-617. <https://doi.org/10.1007/s40273-023-01265-8>

kan dess alternativkostnad drabba vissa grupper oproportionerligt, och deras nettohälsovinsten kan bli negativa, vilket kan leda till ökade ojämlikheter.

Hur kan alternativkostnaden i monetära termer omvandlas till alternativkostnaden i QALYs? Anta en beslutsfattare inom hälso- och sjukvården som överväger att införa en ny åtgärd och att beslutsregeln för att bestämma om åtgärdens införande beror på ett tröskelvärde - definierat som marginalkostnaden för att producera ytterligare QALYs inom hälso- och sjukvården.⁶⁰ Genom att använda detta tröskelvärde kan den nya åtgärdens totala alternativkostnad i termer av QALY förluster beräknas genom att dividera kostnaderna för åtgärden i monetära termer med detta tröskelvärde.

Utmaningen som kvarstår är att skatta hur denna alternativkostnad fördelar sig i befolkningen. Än så länge finns det dock mycket begränsad kunskap om hur detta bäst ska göras. Love-Koh⁶¹ föreslår att denna fördelning kan skattas genom att analysera data om existerande resursanvändning i olika befolkningsgrupper. Genom att studera hur resurser fördelas inom sjukvården kan man grovt uppskatta vilka grupper som påverkas mest när resurser trängs undan vid införandet av nya åtgärder. Någon liknande studie för Sverige finns dock inte och identifikation av resursförändring kan man diskuteras, vilket innebär att man i nuvarande DCEA måste använda olika antaganden och känslighetsanalyser. Se även Naci et al.⁶² för en studie som problematiserar kring vård som trängs undan när nya läkemedel införs och kommentarer om studien.^{63,64}

3.6 Simulering av hälsans fördelning över livscykeln

Både ex ante och ex post ekonomiska utvärderingar kräver ofta modellering och simulering av de långsiktiga konsekvenserna av en åtgärd. Att inkludera rättviseaspekter i sådana modeller är mycket värdefullt, men medför ökad komplexitet.

Ett praktiskt tillvägagångssätt är att anpassa befintliga modeller för att beakta olika befolkningsgrupper (t.ex. patientgrupp, inkomstgrupp, kön) och utveckla separata modeller för varje grupp. Dessa resultat kan från dessa grupper sedan kombineras för att analysera effekterna på ojämlikhet. Samma metoder kan även användas för att skapa en kumulativ fördelningsfunktion för hälsa, Lorenzkurva eller koncentrationskurva, vilket möjliggör att dominansanalys för att rangordna åtgärder utifrån deras inverkan på ojämlikheten eller rättvisan.

⁶⁰ Claxton, K., S. Martin, M. Soares, N. Rice, E. Spackman, S. Hinde, N. Devlin, P. C. Smith, and M. Sculpher, 'Methods for the Estimation of the National Institute for Health and Care Excellence Cost-Effectiveness Threshold', *Health Technology Assessment*, 19.14 (2015), ISSN 1366-5278.

⁶¹ Love-Koh, J. (2020). Level-Dependent Equity Weights. In Cookson, R., Griffin, S., Norheim, O. F., & Culyer, A. J. (Eds.), *Distributional Cost-Effectiveness Analysis: Quantifying Health Equity Impacts and Trade-Offs* (Chapter 13). Oxford University Press.

⁶² Naci, H., Murphy, P., Woods, B., Lomas, J., & Wei, J. (2025). *Population-Health Impact of New Drugs Recommended by the National Institute for Health and Care Excellence in England During 2000–20: A Retrospective Analysis*. *The Lancet*, 405(10472), 50–60.

⁶³ Henriksson, M., and D. Lundin, 'Vi behöver tänka mer på vård som trängs undan', *Dagens Medicin*, 19 February 2025 <https://www.dagensmedicin.se/alla-nyheter/lakemedel/vi-behover-tank-a-mer-pa-var-d-som-trangs-undan>.

⁶⁴ Forskarna uppskattade nya läkemedelsanvändning och de QALYs de genererade, vilket uppgick till 3,75 miljoner. Därefter beräknade de hur många QALYs som hypotetiskt skulle ha skapats om samma resurser istället hade investerats i andra hälso- och sjukvårdsåtgärder—vilket motsvarade 5,0 miljoner QALYs. Detta resulterade i en nettoförlust på 1,25 miljoner QALYs.

Ett mer avancerat tillvägagångssätt är att utveckla en separat och mer detaljerad modell som antingen simulerar den fullständiga fördelningen av hälsa genom metoder för mikrosimulering eller direkt modellerar effekterna av upptag, följsamhet och behandling på valda ojämlikhets- eller rättvisemått.

4. Utmaningar med mätning av nyttan

Huvudbudskap

- Begränsningar med QALYs som utfallsmått:
 - QALYs fokuserar på hälsorelaterad livskvalitet och livslängd, men fångar inte psykologiska, sociala och ekonomiska faktorer.
 - GCEA-värdeblomman är ett metodiskt försök att breddar analysen genom att inkludera aspekter som riskpreferenser, dynamiska effekter, anhörigas nytta och samhällsekonomiska konsekvenser. Nackdelen är att analysen blir betydligt mer komplicerad
- WELLBYs som alternativ till hälsomått:
 - WELLBYs mäter självrapporterad livstillfredsställelse och kan användas för att beräkna välbefinnandejusterade levnadsår, vilket ger en mer heltäckande bild av en åtgärds effekt. Det betyder att WELLBYs breddar analysen jämfört med en QALY-baserad kostnadseffektivitetsanalys, men som är enklare än GCEAs värdeblomma.
 - WELLBYs är särskilt användbara för att analysera åtgärder inom politikområden som sträcker sig bortom hälsa, såsom socialpolitik, utbildning och arbetsmarknad.
- Vikten av bredare perspektiv:
 - Utforskning av dessa bredare perspektiv och mått kan bidra till mer välinformerade beslut som speglar både hälsorelaterade och samhällsekonomiska konsekvenser.

4.1 Välfärdsanalys – från snävare hälsomått till bredare hälsomått

QALYs används ofta som utfallsmått i hälsoekonomiska analyser men har kritiserats för att vara snäva, då de endast mäter hälsorelaterad livskvalitet och livslängd. Detta innebär att relevanta konsekvenser vid utvärdering av en åtgärd inte beaktas. Ett alternativ till traditionella QALYs är den så kallade värdeblomman (Value Flower) inom GCEA (Generalized Cost-Effectiveness Analysis) som breddar analysen genom att inkludera ytterligare värdekomponenter av en åtgärd (se **Figur 4.1**).



FIGUR 4.1 VÄRDEATTRIBUT I DEN SÅ KALLADE ”VÄRDE-BLOOMMAN” (ISPOR VALUE FLOWER).

Not: Gröna cirklar = traditionella värdeattribut. Ljusblå cirklar = vanliga värdeattribut men inte alltid inkluderade. Mörkblå cirklar = potentiellt nya värdeattribut.⁶⁵

Tidigare versioner av värdeblomman har mer sällan använts i praktiken, bland annat på grund av att det kan vara komplicerat och kostsamt att kvantifiera dessa värdekomponenter. För att underlätta beräkningen av behandlingsvärde ur ett samhällsperspektiv har Shafrin et al.⁶⁶ utvecklat denna GCEA-värdeblomma, tillsammans med en användarguide för forskare och praktiker. GCEA omfattar 15 bredare värdekomponenter fördelade över fyra kategorier:

1. Osäkerhet – beaktar patienters riskpreferenser.
2. Dynamik – inkluderar förändringar i behandlingsvärde över tid, såsom läkemedelspristrender.
3. Mottagare – tar hänsyn till att hälsoteknologier kan gynna fler än patienten, exempelvis anhöriga.
4. Ytterligare värdekomponenter – inkluderar samhällseffekter som produktivitetsförluster och externa hälsoeffekter.

⁶⁵ Persson, U., & Olofsson, S. (2022). *ISPOR:s "Värdeblomma" för in ny kunskap om individers preferenser för hälso- och sjukvård - en litteraturomgång av skattningar av potentiellt nya värdeattribut*. IHE Rapport 2022:8. Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE).

⁶⁶ Shafrin, J., Kim, J., Cohen, J.T., Garrison, L.P., Goldman, D.A., Doshi, J.A., Krieger, J., Lakdawalla, D.N., Neumann, P.J., Phelps, C.E., Whittington, M.D. & Willke, R., 2024. *Valuing the societal impact of medicines and other health technologies: A user guide to current best practices*. *Forum for Health Economics & Policy*, 27(1), pp.29-116. doi:10.1515/fhep-2024-0014.

Även om GCEA ger ett mycket bredare perspektiv än QALYs återstår att se om den kommer användas och det finns fortfarande kritik om att modellen ändå är för snäv när hälsoåtgärder jämförs med åtgärder utan hälsofokus. En annan viktig kritik är att det blir ändå mer komplicerat med många nya komponenter jämfört med (D)CEA baserade bara på QALYs.

4.2 Från QALYs till WELLBYs

QALYs fokuserar enbart på hälsa, vilket begränsar deras tillämpning inom bredare politikområden som socialpolitik, utbildningspolitik och arbetsmarknadspolitik. Denna begränsning har lett till att forskare har börjat undersöka direkta mått på välbefinnande, såsom WELLBYs (Wellbeing-Adjusted Life-Years), vilket innebär att hälsoåtgärder kan jämföras med åtgärder inom helt andra områden.

Till skillnad från hälsojusterade levnadsår (exempelvis QALYs) mäter WELLBYs självrapporterad livstillfredsställelse och kan användas för att beräkna välbefinnandejusterade levnadsår. Genom att utgå från individers subjektiva upplevelse av välbefinnande möjliggör WELLBYs en mer heltäckande analys av olika samhällsåtgärders effekter. Detta gör dem särskilt användbara inom områden där QALYs eller andra liknande mått inte fångar hela nyttan av en åtgärd, såsom effekter av ökad inkomst, förbättrad känslomässig stabilitet och sociala relationer. Frågor om livstillfredsställelse och välbefinnande har visat sig vara enkla att samla in, lätta att besvara och tolka, vilket ökar deras användbarhet.⁶⁷

4.3 Vad är WELLBYs?

WELLBYs skattas på liknande sätt som QALYs. I ett första steg bedöms välbefinnandet, ofta genom enkät svar i en undersökning där individer ombeds att skatta sitt övergripande välbefinnande eller livstillfredsställelse på en 11-punkts Likert-skala (0-10) med frågor som: "Hur nöjd är du totalt sett med ditt liv nuförtiden?". Svarsalternativen sträcker sig från 0 ("inte alls") till 10 ("helt och hållet"). I nästa steg multipliceras WELLBY-poängen med den aktuella tidsperioden. Om en individ skattar sitt välbefinnande till 7 under 10 år, fås 70 WELLBYs (7×10). På befolkningsnivå aggregeras dessa poäng över individer, för en mer detaljerad genomgång av mätning av WELLBYs.⁶⁸

Varken nivå av livstillfredsställelse motsvarar död på WELLBY-skalan? Det är rimligt att anta att det inte är det lägsta värdet på skalan (noll), eftersom det skulle utesluta att människor kan leva under förhållanden värre än döden. Därför bör död motsvara ett värde på skalan som är högre än noll. En studie av Peasgood et al. (2018) visade att vid en WELLBY-poäng på 2 var lika många individer villiga att fortsätta leva som att dö, vilket tyder på ett tillstånd lika med döden motsvarar i närheten av 2 på WELLBY-skalan. Detta innebär inte att personer med poäng under denna nivå nödvändigtvis är självmordsbenägna, eftersom de fortfarande kan ha hopp om förbättrad livskvalitet.

WELLBYs kan användas i en WELLBY-baserad kostnadseffektanalys för att beräkna en inkrementell kostnadseffektivitetskvot (ICER) eller en inkrementell nettovinst i välbefinnande på liknande sätt som en QALY-baserad kostnadseffektivitetsanalys, med 1,5–3,5 % diskontering. Detta möjliggör jämförelser av WELLBY-baserade ICER med WELLBY-baserade tröskelvärden.⁶⁹

⁶⁷ Frijters, P., & Krekel, C. (2021). *A Handbook for Wellbeing Policy-Making*. Oxford: Oxford University Press.

⁶⁸ Frijters, P., & Krekel, C. (2021, kapitel 2). *A Handbook for Wellbeing Policy-Making*. Oxford: Oxford University Press.

⁶⁹ Frijters, P., C. Krekel, and R. Sanchis et al., 'The WELLBY: A New Measure of Social Value and Progress', *Humanities and Social Sciences Communications*, 11 (2024), 736 <https://doi.org/10.1057/s41599-024-03229-5>.

4.4 Vad är en extra QALY värd i vunna WELLBYs?

Vid bedömningen av relationen mellan QALYs och WELLBYs är det viktigt att beakta att båda måtten har två dimensioner: levnadsår och livskvalitet. Även om QALYs och WELLBYs är jämförbara när det gäller levnadsår, skiljer de sig åt i hur livskvalitet mäts och därmed avvägningen mellan livskvalitet och livslängd. QALYs fokuserar på hälsokvalitet, medan WELLBYs mäter generell livskvalitet.

Ett vunnet levnadsår på den högsta nivån av livstillfredsställelse (10 WELLBY-poäng) kan förväntas vara mer värdefullt än ett vunnet år i perfekt hälsa (1 QALY), eftersom människor värdesätter fler faktorer i livet än enbart sin hälsa. De kan i viss utsträckning vara villiga att kompromissa med viss hälsokvalitet för att prioritera andra aspekter av välbefinnande, såsom karriär och inkomst.

Frijters och Krekel⁷⁰ uppskattar den genomsnittliga livstillfredsställelsen för en person med perfekt hälsa (QALY-vikt=1) till cirka 8 WELLBYs. Eftersom ett tillstånd motsvarande död är lika med 2 WELLBYs (se ovan) kan ett extra år i perfekt hälsa konverteras till 6 vunna WELLBYs (8-2). En extra QALY, som enbart beror på att livslängden ökat med 1 år, kan således vara värt 6 WELLBYs.

Men hur mycket är en extra QALY värd om enbart livskvaliteten har förbättrats där livslängden är oförändrad? Frijters och Krekel⁷¹ uppskattar att en vunnen QALY till följd av förbättrad hälsorelaterad livskvalitet med oförändrad livslängd motsvarar en ökning på 2,5 WELLBYs. En extra QALY på grund av ett vunnet levnadsår motsvarar således 6 vunna WELLBYs, medan en extra QALY på grund av förbättrad livskvaliteten motsvarar 2,5 vunna WELLBYs. Därmed kan hälsorelaterad livskvalitet, mätt i QALYs sägas utgöra cirka 42 % (= 2,5/6) av det som bidrar till ett tillfredsställande liv.

4.5 Två antaganden vid användning av WELLBY-mått i DCEA

Nedan följer två viktiga antaganden som måste beaktas vid användning av WELLBY-mått i kostnadseffektivitetsanalys och DCEA,⁷² det vill säga antagande om jämförbarhet inom individer över tiden och jämförbarhet mellan individer, vilket krävs för att WELLBYs ska kunna summeras:

A. Jämförbarhet inom individer

För att WELLBYs ska vara användbara i DCEA krävs att de kan mätas på en kardinalskala, åtminstone med intervallegenskaper som på termometerskalan, där skillnader mellan värden på skalan är meningsfulla. Det innebär att skillnaden mellan två värden på WELLBY-skalan för en individ (intern jämförbarhet) ska kunna tolkas så att en förändring från 5 till 7 WELLBY-poäng motsvarar samma förbättring i välbefinnandet som en förändring från 7 till 9. Om WELLBY-skalan däremot är ordinal, kan vi enbart rangordna välbefinnandenivåer utan att veta hur stora skillnaderna är vilket gör det svårt att hävda att en individs välbefinnande på grund av en åtgärd har ökat med ett visst antal WELLBYs.

Frijter och Krekel⁷³ menar att antagandet om kardinalitet är rimligt utifrån språkets logik. När individer ombeds att uttrycka sig i siffror tenderar de att uppfatta dessa som kardinala, på samma sätt som de tolkar priser och vikter. Studier har undersökt detta empiriskt genom att fråga respondenter om de skulle vara villiga att byta år i olika välbefinnande på ett kardinalt sätt. Ett exempel är att fråga om de skulle

⁷⁰ Frijters, P., & Krekel, C. (2021, s.284). *A Handbook for Wellbeing Policy-Making*. Oxford: Oxford University Press.

⁷¹ Frijters, P., & Krekel, C. (2021). *A Handbook for Wellbeing Policy-Making*. Oxford: Oxford University Press.

⁷² Frijters, P., & Krekel, C. (2021, s.54ff). *A Handbook for Wellbeing Policy-Making*. Oxford: Oxford University Press.

⁷³ Frijters, P., & Krekel, C. (2021). *A Handbook for Wellbeing Policy-Making*. Oxford: Oxford University Press.

föredra ett liv med två år i ett tillstånd värt 8 WELLBY-poäng framför ett liv med ett år värt 9 WELLBY och ett år värt 6 WELLBY. Om svaren är kardinalt jämförbara, bör de två åren i ett tillstånd värt 8 WELLBY-poäng i genomsnitt vara mer värda än det alternativa scenariot. En rationell individ bör med andra ord välja det första alternativet, eftersom 8 är högre än $7,5 ((9+6)/2)$. Om individer systematiskt gör sådana val, tyder det på att de uppfattar välbefinnande på en kardinal skala där medelvärdesberäkningar och summeringar är meningsfulla. Peasgood et al.⁷⁴ finner att i hypotetiska avvägningar behandlas de angivna livstillfredsställelsenivåerna i stort sett som kardinalt jämförbara, vilket skulle innebära att varje enhetsförändring har samma betydelse oavsett var på skalan den sker.

4.6 DCEA baserad på WELLBYs

Användningen av WELLBY-mått framkallar liknande normativa frågor som de som uppstår vid QALY-baserad DCEA. En central fråga är om en WELLBY ska värderas lika för alla, eller om förbättringar i vissa grupper, exempelvis låginkomsttagare eller kroniskt sjuka, bör ges större vikt.

Om alla WELLBYs ges samma vikt oberoende vem de tillfaller riskerar resurser att fördelas på ett sätt som inte gynnar de mest utsatta. Åtgärder som förbättrar välbefinnandet i redan privilegierade grupper kan generera fler totalpoäng men samtidigt förbise behoven hos socioekonomiskt utsatta grupper. Detta borde vara minst lika relevant i en WELLBY-baserad DCEA som i en QALY-baserad DCEA.

För att hantera dessa ojämlikheter kan ett viktningssystem införas, där förbättringar i välbefinnande för mer utsatta grupper ges större vikt än förbättringar i välbefinnande för mer privilegierade grupper. På så sätt kan en mer jämlik eller rättvis resursfördelning och välbefinnande främjas. Dock känner vi inte till några svenska studier som har undersökt hur olika grupper kan viktas gentemot varandra.

⁷⁴ Peasgood, T., Mukuria, C., Karimi, M., & Brazier, J. (2018). *Eliciting Preference Weights for Life Satisfaction: A Feasibility Study*. Mimeo.

5. Diskussion och slutsats

För att kostnadseffektivitetsanalys med fördelningsfokus (DCEA; Distributional Cost-Effectiveness Analysis) ska kunna tillämpas effektivt i praktiken krävs att flera utmaningar kan hanteras. Dessa utmaningar rör både tekniska och organisatoriska aspekter och kräver samordning mellan olika aktörer för att möjliggöra en framgångsrik implementering.

En stor utmaning generellt är att många åtgärder aldrig utvärderas. Vi kan dock inte på förhand veta om en ny åtgärd är en effektiv användning av begränsade resurser, även om det finns goda skäl att tro det. Det är viktigt att erkänna den naivitet som ofta präglar beslut om nya folkhälsoåtgärder. Därför måste vi börja utvärdera folkhälsoåtgärder på ett systematiskt sätt. För att underlätta detta behöver beslutsfattare säkerställa att utvärderingar alltid genomförs (se **kapitel 1**).

En annan stor utmaning är att många saknar kunskap om hur en ekonomisk utvärdering genomförs. Denna antologi delvis behandlar detta. Enligt vår uppfattning krävs investeringar i infrastruktur, så att varje enhet, vare sig det gäller en vårdcentral, kommun eller region, kan genomföra högkvalitativa utvärderingar.

Inom DCEA finns också specifika utmaningar. Cookson et al.⁷⁵ identifierar flera hinder för DCEA, och nedan följer en granskning av några av de mest centrala av dessa:

1. Identifiera och involvera centrala intressenter:

En viktig utmaning inom DCEA är att identifiera och engagera alla relevanta intressenter, såsom beslutsfattare, läkare och annan personal, patienter, och forskare. Dessa grupper kan ha skilda perspektiv på vad som är viktigast i analysen, vilket kan försvåra en gemensam förståelse av mål och prioriteringar. För att motverka detta kan plattformar för dialog och samarbete etableras, där alla berörda parter får möjlighet att framföra sina synpunkter. En sådan process kan även öka transparensen, stärka förtroendet för resultaten och en mer inkluderande beslutsgrund. Genom att involvera intressenter tidigt i processen minskar risken för missförstånd och motstånd. Eftersom aktörernas intressen kan vara motstridiga – beslutsfattare prioriterar ofta kostnadseffektivitet medan patienter och vårdpersonal betonar vårdkvalitet – krävs en strukturerad dialog där olika perspektiv vägs samman. Långsiktig uppföljning och återkoppling är också avgörande för att hålla intressenter engagerade och för att säkerställa att beslutsunderlaget förblir aktuellt och relevant.

2. Institutionaliserar användningen av DCEA

För att DCEA ska bli en integrerad del av beslutsfattande inom hälso- och sjukvården och andra sektorer, krävs vissa åtgärder:

- Utveckling av principer och riktlinjer: För att säkerställa konsekvent och tillförlitlig tillämpning behövs gemensamma principer och riktlinjer. Dessa bör omfatta metodologiska rekommendationer för hur DCEA genomförs i olika sammanhang och hur resultaten ska tolkas och kommuniceras.
- Ändringar i lagstiftning eller policy: DCEA kan behöva inkluderas i lagar och policyer, exempelvis som metod vid utvärdering av hälsoåtgärder och vid fördelning av resurser inom offentlig sektor.

⁷⁵ Cookson, R., S. Griffin, O. F. Norheim, and A. J. Culyer (eds.), *Distributional Cost-Effectiveness Analysis: Quantifying Health Equity Impacts and Trade-Offs* (Oxford: Oxford University Press, 2020).

- Utbildning och kapacitetsbyggande: För att säkerställa att DCEA används effektivt måste utbildning och resurser tillhandahållas för att bygga kompetens bland användarna. Detta kan innebära utbildningar för beslutsfattare och hälsoekonomer samt att universitet och forskningsinstitutioner integrerar DCEA i sina utbildningsprogram.

3. Förbättra grundläggande datakällor

En tillförlitlig DCEA är beroende av högkvalitativa data om både kostnader och effekter, särskilt när det gäller att förstå hur olika grupper påverkas av olika åtgärder. För att förbättra kvaliteten och tillgången till dessa data kan man vidta åtgärder som:

- Bättre länkning av administrativa register för att skapa mer kompletta datamängder.
- Genomförande av mer representativa enkäter för att fånga olika gruppers upplevelser och behov.
- Insamling av långsiktiga data om hälsa och välbefinnande. För att förstå de långsiktiga effekterna av olika åtgärder på hälsa och välbefinnande krävs en systematisk insamling av långsiktiga data. Detta kan innefatta upprepade mätningar av hälsoutfall, livskvalitet och socioekonomisk status under längre perioder. Genom att samla in och analysera dessa data kan man bättre förstå hur effekterna av åtgärder utvecklas över tid, vilket är särskilt viktigt i DCEA av folkhälsoåtgärder där tidsaspekten kan påverka både kostnadseffektiviteten och fördelningen av resurser.

Sammanfattningsvis handlar det om att skapa mer robusta och representativa databaser som speglar verkligheten för alla befolkningsgrupper, vilket gör att DCEA kan ge mer tillförlitliga analyser av hälsoåtgärders kostnadseffektivitet och fördelningseffekter.

4. Utveckla förenklade, kostnadseffektiva metoder

- För att göra DCEA mer praktiskt genomförbara i olika kontexter kan det vara användbart att utveckla förenklade versioner av metoden som kräver färre resurser men fortfarande ger tillförlitliga resultat. Detta kan innebära att minska komplexiteten i modellerna genom att använda mer direkta antaganden eller förenklade beräkningsmetoder. Till exempel kan man fokusera på specifika aspekter av kostnader och effekter som är mest relevanta för den aktuella åtgärden, vilket gör det möjligt att genomföra analyser snabbare och med mindre behov av detaljerade data.
- Utnyttjande av befintliga datakällor: För att minska behovet av omfattande och kostsam datainsamling kan man utnyttja befintliga datakällor, som administrativa register eller tidigare genomförda enkäter, som kan ge värdefull information om kostnader och effekter. Genom att använda dessa redan tillgängliga datamängder kan man spara både tid och pengar, samtidigt som man behåller en acceptabel nivå av noggrannhet och relevans i analyserna. Detta kan vara särskilt användbart i resursbegränsade miljöer eller i situationer där snabbt beslutsfattande är nödvändigt.
- Förenklad modellering och analys: För att göra DCEA mer tillgängligt kan enklare modeller utvecklas som fokuserar på de mest centrala variablerna och förutsättningarna. Det kan också innebära att man förenklar beräkningsmetoder och minskar antalet ingående parametrar. Dessa förenklade modeller skulle kunna tillämpas på ett bredare spektrum av interventionsområden och ge användbara insikter utan att kräva alltför komplexa och resurskrävande beräkningar.

Sammanfattningsvis innebär detta att skapa metoder som inte bara är enklare och snabbare att använda, utan också tillräckligt robusta för att säkerställa att beslutsfattare får tillförlitlig information om hur resurser ska fördelas rättvist och effektivt. Genom att använda förenklade metoder och befintliga datakällor kan DCEA bli mer tillgängligt för ett bredare användarområde och bidra till mer informerade, rättvisa beslut inom hälso- och sjukvården och andra sektorer.

Avslutande reflektion

Genom att hantera de praktiska utmaningar som identifierats kan DCEA bli ett ovärderligt verktyg för att stödja beslutsfattare i deras strävan att uppnå rättvisa och effektivitet i resursfördelningen. Genom att förbättra datakällor, utveckla förenklade metoder och säkerställa utbildning och kapacitetsbyggande, kan DCEA göras mer tillgängligt och användbart i olika kontexter, både inom hälso- och sjukvård samt andra sektorer. Detta skulle inte bara underlätta bättre beslut för att minska ojämlikheter och orättvisa i hälsa och välbefinnande, utan även främja en hållbar och rättvis resursfördelning för hela befolkningen.

6. Referenser

Böcker

- Adler, M. D., and O. F. Norheim (eds.), *Prioritarianism in Practice* (Cambridge: Cambridge University Press, 2022).
- Boardman, A. E., D. H. Greenberg, A. R. Vining, and D. L. Weimer, *Cost-Benefit Analysis: Concepts and Practice*, 5th edn (Cambridge: Cambridge University Press, 2018).
- Cookson, R., S. Griffin, O. F. Norheim, and A. J. Culyer (eds.), *Distributional Cost-Effectiveness Analysis: Quantifying Health Equity Impacts and Trade-Offs* (Oxford: Oxford University Press, 2020).
- Frijters, P., and C. Krekel, *A Handbook for Wellbeing Policy-Making* (Oxford: Oxford University Press, 2021).
- Johannesson, M., *Theory and Methods of Economic Evaluation of Health Care* (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1996).
- Johansson, P.-O., *Evaluating Health Risk: An Economic Approach* (Cambridge: Cambridge University Press, 1995).
- Layard, R., and J.-E. De Neve, *Wellbeing: Science and Policy* (Cambridge: Cambridge University Press, 2023).
- Morris, S., N. Devlin, D. Parkin, and J. Spencer, *Economic Analysis in Health Care*, 2nd edn (New York: John Wiley & Sons Inc., 2012).
- Neumann, P. J., and others (eds.), *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*, 2nd edn (New York: Oxford Academic, 2016).
- O'Donnell, O., & Van Ourti, T. (2020). Dominance analysis. In *Distributional Cost-Effectiveness Analysis: Quantifying Health Equity Impacts and Trade-Offs* (p. 213). Oxford University Press.
- Parducci, A., Happiness, Pleasure, and Judgment: The Contextual Theory and Its Applications (Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1995).
- Zweifel, P., Breyer, F. & Kifmann, M. (2009) *Health Economics*. Berlin: Springer.

Vetenskapliga artiklar

- Acland, D. & Greenberg, D., Distributional weighting and welfare/equity tradeoffs: a new approach, *Journal of Benefit-Cost Analysis*, 14:1, 68-92, (2023), doi:10.1017/bca.2023.5.
- Adler, M. D., *Review of Environmental Economics and Policy*, 10(2), 264-285, (Summer 2016), doi:10.1093/reep/rew005.
- Atkinson, A. B. (1970). On the measurement of inequality. *Journal of Economic Theory*, 2(3), 244–263.
- Brouwer, W. B. F. & Koopmanschap, M. A., 'On the economic foundations of CEA. Ladies and gentlemen, take your positions!', *Journal of Health Economics*, 19 (2000), 439–459.
- Cookson, R., Mirelman, A. J., Griffin, S., Asaria, M., Dawkins, B., Norheim, O. F., Verguet, S., & Culyer, A. J. (2017). Using cost-effectiveness analysis to address health equity concerns. *Value in Health*, 20(2), 206–212.
- Hammitt JK. The future costs of methane emissions. *Nature*. 2021 Apr;592(7855):514-515. doi: 10.1038/d41586-021-00972-6. PMID: 33883725
- Angrist, J. D., and P. Hull, 'Instrumental Variables Methods Reconcile Intention-to-Screen Effects Across Pragmatic Cancer Screening Trials', *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 120.51 (2023), e2311556120.

- Atkinson, A. B., 'On the Measurement of Inequality', *Journal of Economic Theory*, 2.3 (1970), 244–63.
- Boyle, K. J., G. W. Torrance, J. C. Sinclair, and S. P. Howwood, 'Economic Evaluation of Neonatal Intensive Care of Very-Low-Birth-Weight Infants', *New England Journal of Medicine*, 308 (1983), 1330–7.
- Claxton, K., S. Martin, M. Soares, N. Rice, E. Spackman, S. Hinde, N. Devlin, P. C. Smith, and M. Sculpher, 'Methods for the Estimation of the National Institute for Health and Care Excellence Cost-Effectiveness Threshold', *Health Technology Assessment*, 19.14 (2015), ISSN 1366-5278.
- Cookson, R., A. J. Mirelman, S. Griffin, M. Asaria, B. Dawkins, O. F. Norheim, S. Verguet, and A. J. Culyer, 'Using Cost-Effectiveness Analysis to Address Health Equity Concerns', *Value in Health*, 20.2 (2017), 206–12.
- Culyer, A., 'The Normative Economics of Health Care Finance and Provision', *Oxford Review of Economic Policy*, 5.1 (1989), 34–58.
- Fleurbaey, M., and J. K. Hammitt, 'The Right Numeraire or the Just Weights? How to Make BCA Rational and Fair', *Journal of Benefit-Cost Analysis* (2024), 1–20.
- Frijters, P., C. Krekkel, and R. Sanchis et al., 'The WELLBY: A New Measure of Social Value and Progress', *Humanities and Social Sciences Communications*, 11 (2024), 736 <https://doi.org/10.1057/s41599-024-03229-5>.
- Hardardottir, H., U. G. Gerdtham, and E. Wengström, 'Parameterizing Standard Measures of Income and Health Inequality Using Choice Experiments', *Health Economics*, 30.10 (2021), 2531–46.
- Krueger, A., and D. Schkade, 'The Reliability of Subjective Well-being Measures', *Journal of Public Economics*, 92 (2008), 1833–45.
- Love-Koh, J. (2020). Level-Dependent Equity Weights. In Cookson, R., Griffin, S., Norheim, O. F., & Culyer, A. J. (Eds.), *Distributional Cost-Effectiveness Analysis: Quantifying Health Equity Impacts and Trade-Offs* (Chapter 13). Oxford University Press.
- Naci, H., P. Murphy, B. Woods, J. Lomas, and J. Wei, 'Population-Health Impact of New Drugs Recommended by the National Institute for Health and Care Excellence in England During 2000–20: A Retrospective Analysis', *The Lancet*, 405.10472 (2025), 50–60.
- Nurmi, Vaino and Heini Ahtiainen. 2018. "Distributional Weights in Environmental Valuation and Cost-benefit Analysis: Theory and Practice," *Ecological Economics* 150:217–228.
- O'Neill, J., H. Tabish, V. Welch, M. Petticrew, K. Pottie, M. Clarke, ... and P. Tugwell, 'Applying an Equity Lens to Interventions: Using PROGRESS Ensures Consideration of Socially Stratifying Factors to Illuminate Inequities in Health', *Journal of Clinical Epidemiology*, 67.1 (2014), 56–64.
- Robson, M., Asaria, M., Cookson, R., Tsuchiya, A., & Ali, S. (2017). Eliciting the level of health inequality aversion in England. *Health Economics*, 26(10), 1328–1334. <https://doi.org/10.1002/hec.3430>
- Roth, J., P. H. Sant'Anna, A. Bilinski, and J. Poe, 'What's Trending in Difference-in-Differences? A Synthesis of the Recent Econometrics Literature', *Journal of Econometrics*, 235.2 (2023), 2218–44.
- Sen, A., 'Goals, Commitment, and Identity', *The Journal of Law, Economics, and Organization*, 1.2 (1985), 341–55.
- Shafrin, J., Kim, J., Cohen, J.T., Garrison, L.P., Goldman, D.A., Doshi, J.A., Krieger, J., Lakdawalla, D.N., Neumann, P.J., Phelps, C.E., Whittington, M.D. & Willke, R., 2024. *Valuing the societal impact of medicines and other health technologies: A user guide to current best*

practices. Forum for Health Economics & Policy, 27(1), pp.29–116. doi:10.1515/fhep-2024-0014.

- Wagstaff, A., P. Paci, and E. Van Doorslaer, 'On the Measurement of Inequalities in Health', *Social Science & Medicine*, 33.5 (1991), 545–57.
- Wagstaff, A., 'Inequality Aversion, Health Inequalities and Health Achievement', *Journal of Health Economics*, 21.4 (2002), 627–41.
- Weinstein, M. C. & Stason, W. B., *Hypertension: A Policy Perspective* (Harvard University Press, 1976).
- Williams, A., 'Economics of Coronary Artery Bypass Surgery', *British Medical Journal*, 291 (1985), 326–9.
- Wouterse, B., van Baal, P., Versteegh, M., & Brouwer, W. (2023). *The Value of Health in a Cost-Effectiveness Analysis: Theory Versus Practice*. **Pharmacoeconomics**, 41(6), 607–617. <https://doi.org/10.1007/s40273-023-01265-8>
- Yang, F., C. Angus, A. Duarte, D. Gillespie, S. Walker, and S. Griffin, 'Impact of Socioeconomic Differences on Distributional Cost-Effectiveness Analysis', *Medical Decision Making*, 40.5 (2020), 606–18.
- Yitzhaki, S., 'On an Extension of the Gini Inequality Index', *International Economic Review* (1983), 617–28.

Rapporter och icke fackgranskade artiklar

- Adler, Matthew D. 2013. "Cost-Benefit Analysis and Distributional Weights: An Overview," Duke Environmental and Energy Economics Working Paper EE, 13–04.
- Fernández-Val, I., Meier, J., van Vuuren, A., & Vella, F. (2024). *Distribution Regression Difference-in-Differences*. arXiv preprint arXiv:2409.02311.
- Heckley, G., and D. Petrie, *Taking an Extra Moment to Consider Treatment Effects on Distributions*, Centre for Health Economics, Monash University, Working Paper No. 2024-18 (2024).
- Helliwell, J. F., Layard, R., & Sachs, J. (Eds.). (2018). *World Happiness Report 2018*. New York: Sustainable Development Solutions Network.
- Henriksson, M., and D. Lundin, 'Vi behöver tänka mer på vård som trängs undan', *Dagens Medicin*, 19 February 2025 <https://www.dagensmedicin.se/alla-nyheter/lakemedel/vi-behover-tanka-mer-pa-var-d-som-trangs-undan>.
- Peasgood, T., Mukuria, C., Karimi, M., & Brazier, J. (2018). *Eliciting Preference Weights for Life Satisfaction: A Feasibility Study*. Mimeo.
- Persson, U., & Olofsson, S. (2022). *ISPOR:s "Värdeblomma" för in ny kunskap om individers preferenser för hälso- och sjukvård - en litteraturgenomgång av skattningar av potentiellt nya värdeattribut. IHE Rapport 2022:8*. Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE).
- SOU 1993:93. *Vårdens svåra val: Rapport från Utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Avhandlingar

- Frijters, P., *Explorations of Welfare and Well-being*, Tinbergen Institute Thesis (Thela Thesis, Amsterdam, 1999).
- Kapteyn, A., *A Theory of Preference Formation* (PhD thesis, 1977).

NOLLMÄTNING – BETYDELSEN AV HÄLSORELATERADE RISKFAKTORER

Metoder och resultat avseende obesitas

Kristian Bolin*, Federico Benzi**, Martin Berlin**, Frida Kasteng**, Lisa Brouwers**

* Göteborgs Universitet, Centre For Health Governance

** Folkhälsomyndigheten

Sammanfattning

Resultaten från de genomförda beräkningarna sammanfattas i tabell 1 och 2. En ytterligare uppdelning på män, kvinnor och åldersgrupperna 35 – 64 år respektive 65 – 85 år återfinns i rapportens huvuddel.

De beräkningar som genomförts och de resultat som redovisas är genomförda dels Folkhälsomyndighetens simuleringsmodell NCDSim, dels utifrån Statistiska Centralbyråns livslängdstabeller. Beräkningarna genomfördes avseende åren 2026 – 2040. De resultat som rapporteras utgår i samtliga fall från två olika simuleringar där den ena utgår ifrån förekomsten av obesitas i nuläget och antaganden om befolkningsutvecklingen och framtida förekomst av obesitas över den aktuella tidsperioden. Den andra simuleringen genomförs kontraktfaktiskt under antagandet om att ingen obesitas förekommer. Differensen avseende antalet sjuka (antalet individer med kardiovaskulär sjukdom respektive cancersjukdom) och döda mellan dessa båda simuleringar ger en uppskattning av effekten av obesitas. Kostnader i monetära enheter beräknades sedan utifrån antalet patienter med kardiovaskulär sjukdom respektive cancersjukdom och information om kostnad per patient (KPP) ur Sveriges Kommuner och Regioners KPP-databas (ingen direkt beräkning av antalet vårdkontakter har genomförts). De kostnader som kan förknippas med produktionsbortfall omfattar mortalitet före 65 års ålder respektive sjukskrivningar (för varje sjukfall är endast av Försäkringskassan ersatta dagar inkluderade).

Tabell 1 visar de samhällsekonomiska effekterna av den nuvarande förekomsten av obesitas, medan Tabell 2 visar de besparingar som en tänkt momentan förändring av obesitasprevalensen till noll år 2023 ger upphov till. Det sker då en succesiv ökning av de effekter som uppnås eftersom den sjuklighet som existerar år 2023 till följd av obesitas inte omedelbart försvinner då prevalensen går ned till noll.

Resultaten visar i sammanfattning:

- Antalet nyinsjuknade per år i cancersjukdom och kardiovaskulär sjukdom som kan tillskrivas förekomsten av obesitas beräknades till cirka 100 respektive 3 500 personer.
- Antalet dödsfall per år som kan tillskrivas förekomsten av obesitas beräknades till cirka 700.
- Antalet förlorade förväntade levnadsår som kan tillskrivas förekomsten av obesitas beräknades till cirka 7 000 årligen.
- De årliga direkta kostnaderna som kan tillskrivas förekomsten av obesitas beräknades till cirka 800 miljoner SEK
- De årliga indirekta kostnaderna (förlorade produktionsvärden) som kan tillskrivas obesitas beräknades till cirka 600 miljoner SEK.

En momentan reduktion av förekomsten av obesitas till noll år 2023 skulle innebära:

- Minskningen av antalet personer som vårdas till följd av kardiovaskulär sjukdom stiger från cirka 4 000 år 2026 till cirka 22 000 år 2040.
- Minskningen av antalet personer som vårdas till följd av cancersjukdom stiger från cirka 800 år 2026 till cirka 1 700 år 2040.
- Antalet vunna förväntade återstående levnadsår stiger från cirka 1 600 år 2026 till cirka 10 000 år 2040.

- Minskningen av direkta kostnader stiger från cirka 200 miljoner SEK år 2023 till cirka 800 miljoner SEK år 2040.
- Minskningen av indirekta direkta kostnader stiger från cirka 100 miljoner SEK år 2023 till cirka 600 miljoner SEK år 2040.

Resultaten avseende de samhällsekonomiska effekterna är väsentligt lägre än tidigare redovisade siffror för Sverige (exempelvis Andersson et al.(a), 2018, Andersson et al.(b), 2022). Detta förklaras dels av de principiella skillnaderna mellan de beräkningar som utförts här och tidigare genomförda studier, dels av skillnader avseende överriskerna för sjukdom som obesitas medför och då det gäller vilka sjukdomar som inkluderats. Utöver detta inkluderade de här genomförda beräkningarna inte produktionsförluster inom hushållsproduktion. En närmare jämförelse mellan de här redovisade resultaten och de som redovisats av Andersson et. al. (a, b) görs i diskussionsavsnittet.

Tabell 1. Sammanfattning av de kostnader som den nuvarande obesitetsprevalensen ger upphov till under ett år.

Åldersgrupp	Antal personer kardiovaskulär sjukdom	Antal personer cancersjukdom	Antal döda	Förlorende levnadsår	Förlorende arbetsår	Män		Kvinnor		Totala kostnader
						Direkta kostnader (miljoner SEK)	Indirekta kostnader (sjukskrivningar)	Direkta kostnader (miljoner SEK)	Indirekta kostnader (mortalitet)	
35 - 64	3 296	302	56	1 304	846	146	94	178	419	284
65 - 85	8 069	360	285	1 884	846	266	6	12	284	284
35 - 64	2 312	479	44	1 194	712	118	90	165	372	278
65 - 85	6 881	588	298	2 495	298	256	8	14	278	278
Totalt	21 700	1 655	683	6 877	1 558	786	197	369	1 353	1 353

Tabell 2. Sammanfattning av de årliga besparingar som en mönsterbaserad sänkning av obesitetsprevalensen till noll år 2023 ger upphov till. Beräkningarna avser åldersgruppen 35 - 84 år.

	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
Antal personer kardiovaskulär sjukdom	4 020	7 209	9 746	11 777	13 418	14 754	15 866	16 807	17 620	18 305	18 888	19 405	19 844	20 222	20 558
Antal personer cancersjukdom	838	1 365	1 682	1 862	1 953	1 990	1 993	1 977	1 949	1 913	1 875	1 836	1 798	1 763	1 729
Antal döda	111	290	418	508	570	612	640	657	669	677	683	685	686	686	683
Förlorende levnadsår	1 064	2 761	3 999	4 896	5 543	6 007	6 337	6 566	6 724	6 829	6 894	6 923	6 926	6 910	6 877
Förlorende arbetsår	240	622	905	1 111	1 261	1 380	1 459	1 512	1 544	1 563	1 572	1 574	1 571	1 567	1 558
Direkta kostnader (miljoner SEK)	186	326	431	510	570	619	653	689	705	724	741	755	767	777	786
Indirekta kostnader (sjukskrivningar)	45	80	106	126	142	153	163	170	177	182	186	190	193	195	197
Indirekta kostnader (mortalitet)	65	167	243	298	338	367	387	401	411	416	420	421	420	419	417
Totala kostnader	289	555	754	901	1 012	1 096	1 159	1 207	1 245	1 275	1 299	1 317	1 332	1 343	1 353

Inledning

Riskerna för sjukdom och förtidig¹ död förklaras delvis av levnadsvanor. Riskerna för sjukdom beror också på faktorer som inte går att påverka såsom åldrande och genetiska faktorer. Det är därför centralt för ansträngningar att minska de samhällsekonomiska konsekvenserna av sjukdom att bestämma omfattning av den sjuklighet som kan tillskrivas påverkbara faktorer. Rökning är ett betydande exempel: det har länge varit känt att rökning ökar riskerna för ett stort antal sjukdomar, däribland lungcancer. En absolut majoritet av de lungcancerfall som uppstår beror på rökning. På motsvarande sätt, men oftast i mindre utsträckning, förklarar förekomsten av andra levnadsvanor i befolkningen uppkomsten av olika sjukdomar.

Vad vet vi angående riskfaktorer för sjukdom och förtidig död

Den vetenskapliga litteraturen ger en i praktiken entydig bild av vilka hälsorelaterade riskfaktorer som är de mest betydelsefulla då det gäller förluster av förväntade levnads- och arbetsår och hälso- och sjukvårdskostnaderna. Världshälsoorganisationen har publicerat en sammanställning av de 19 mest betydelsefulla hälsorelaterade riskfaktorerna (WHO, 2009). Bland dessa är de mest betydelsefulla riskfaktorerna alkoholkonsumtion, rökning, övervikt, och fysisk inaktivitet, vilka också i princip är påverkbara genom förändringar av enskilda individers agerande. Individers hälsorelaterade beteende är i princip möjligt att påverka genom olika samhälleliga insatser som påverkar relativpriser och incitamentsstrukturer. Den kvantitative medicinska evidensen avseende hälsoriskerna som kan förknippas med dessa (och andra riskfaktorer) är väsentligen etablerade och tillsammans med information om förekomsten av respektive riskfaktor i populationen är det möjligt att beräkna andelar av sjuklighet och död som kan tillskrivas riskfaktorerna. I en nyligen genomförd studie avseende Sverige (Bolin, 2024) beräknades det att den sammantagna årliga samhällsekonomiska effekten av riskbruk av alkohol, rökning, fetma, och fysisk inaktivitet är betydande och i samma storleksordning som statsbudgetens utgifter för det militära försvaret. Tillsammans svarar förekomsten i Sverige av dessa hälsoriskfaktorer för i storleksordningen 20, 3 respektive 7 procent av vårdtillfällena inom primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård. Då det gäller förtidig död och förväntade förlorade levnadsår (beräknade utifrån Statistiska Centralbyråns livslängdstabeller) visade beräkningarna att den sammantagna effekten motsvarar 25 – 30 procent av alla förväntade förlorade levnadsår.

Den här studien skall fokusera effekter av obesitas men exakt samma principer för de beräkningar som utförs kan i princip tillämpas på vilken annan riskfaktor eller grupp av riskfaktorer som helst.

Övervikt och fetma

Obesitas, som definieras som ett BMI över 30, medför förhöjda risker att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar och vissa cancersjukdomar. De ekonomiska kostnader som kan tillskrivas obesitas har beräknats och rapporterats av bland andra Akram m.fl. (2000), WHO (2009), OECD (2019) och Tremmel m.fl. (2017), och Andersson m.fl. (2022). Sammantaget visar studierna att obesitas orsakar cirka 4 % av dödsfallen i åldrarna yngre än 85 år, och kan tillskrivas mellan 2 och 7 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna.

¹ Förtidig död menas dödsfall i åldern < 85. Dödsfall i åldrarna ≥ 85 antas inte kunna associeras med någon livstilsfaktor.

I en nyligen publicerad studie gällande Sverige (Andersson m.fl. 2022) beräknades att 4 procent av dödsfallen i åldrarna 25–84 år kan tillskrivas obesitas. Akram m.fl. (2000) sammanställde kostnadsestimat som visar att obesitas kan tillskrivas mellan 2 och 7 procent av de direkta hälso- och sjukvårdskostnaderna i olika länder.

Syfte

Det övergripande syftet med den här studien är att genomföra en nollmätning – beskrivning av utgångsläget innan eventuella policyåtgärder implementerats – avseende de samhällsekonomiska effekterna till följd av obesitas i Sverige, och att konstruera och illustrera ett principiellt ramverk för systematiska och återkommande framtida mätningar som belyser de samhällsekonomiska effekterna av förändringar av förekomsten av riskfaktorer. Beräkningarna har två huvudsakliga delar: dels en beräkning av de samhällsekonomiska effekterna av den i nuläget observerade förekomsten av obesitas, dels prognos avseende effekterna av en momentan minskning av obesitasprevalensen till noll år 2023. Notera att beräkningen av de årliga samhällsekonomiska kostnaderna som kan tillskrivas obesitas kan extrapoleras in i framtiden under antagandet att obesitasprevalensen förblir konstant, eller antingen ökar eller minskar. Framtida motsvarande beräkningar enligt ramverket bli då tillsammans med nollmätningen ett mått på effekten av åtgärder som genomförts.

I nästa avsnitt beskrivs hur beräkningarna genomförts. Detta inkluderar en översiktlig beskrivning av den beräkningsmodell som använts, samt av kompletterande beräkningar.

Metod och data

Beräkningarna har genomförts med hjälp av Folkhälsomyndighetens simuleringsmodell *non-communicable diseases simulation* (NCDSim) (Folkhälsomyndigheten 2025), kompletterat med beräkningar avseende förlorade levnadsår och värdet av produktionsförluster till följd av mortalitet (ingår inte i NCDSim). NCDSim predikterar den framtida förekomsten av sjukdomar (kardiovaskulära sjukdomar och cancersjukdomar) och dödlighet till följd av dessa sjukdomar utifrån epidemiologiska metoder och under antaganden om förekomsten av vissa riskfaktorer. Genom att variera ett antagande om förekomsten av en riskfaktor och genomföra framskrivningar avseende framtida sjuklighet och död och sedan jämföra de därigenom uppnådda resultaten erhålles en uppskattning av effekten av ändringen av förekomsten av riskfaktorn på sjuklighet och död. Särskilt i det här aktuella fallet genomförs två simuleringar: en under antagandet att ingen obesitas existerar i befolkningen och en annan där den nuvarande förekomsten av obesitas antas varas bestående. En mer detaljerad beskrivning av NCDSim ges i Folkhälsomyndighetens tekniska dokumentation (Folkhälsomyndigheten 2025).

Andelar av den totala morbiditeten och mortaliteten som kan tillskrivas förekomsten av obesitas beräknas med epidemiologiska metoder. Informationsbehovet för att genomföra beräkningarna innefattar alltså dels medicinsk evidens avseende sjukdomsrisker, dels förekomsten av den aktuella riskfaktorn i populationen. Mer precist applicerar simuleringsmodellen information om

1. Den totala risken för morbiditet och mortalitet i hjärt-kärlsjukdom och cancer i befolkningen, uppdelat på kön och ålder
2. Överrisken för morbiditet förknippad med obesitas

3. Förekomsten av obesitas i befolkningen, uppdelat på kön och ålder.

Notera att antalet dödsfall för varje år beräknas per tillstånd – cancersjukdom, kardiovaskulär sjukdom eller ingen sjuklighet. Effekten av obesitas fås sedan som differensen mellan antalet döda i respektive tillstånd i de olika modellsimuleringarna.

De samhällsekonomiska effekter som uppstår indelas oftast i direkta respektive indirekta effekter. Direkta effekter innefattar alla effekter som inte gäller effekter på samhällets produktionskapacitet, medan indirekta effekter alltså är effekter som påverkar samhällets produktionsförmåga.

De här aktuella direkta effekterna och de därmed förknippade kostnaderna gäller användandet av hälso- och sjukvård inklusive receptförskrivna läkemedel. De indirekta effekterna gäller värdet av produktionsbortfall till följd av morbiditet (sjukskrivningsdagar – antalet dagar utöver 14 för sjukfall > 14 dagar) respektive mortalitet.

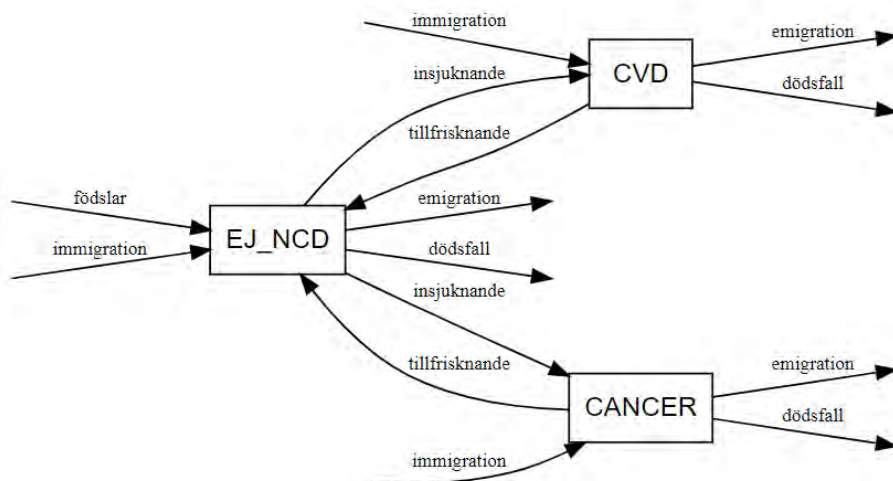
De beräkningar som utförs inom ramen för nollmätningen avser:

- Hälso- och sjukvårdsutnyttjande som kan tillskrivas den aktuella riskfaktorn
- Mortalitet, och förväntade förlorade levnadsår, som kan tillskrivas den aktuella riskfaktorn
- Mortalitet, och förväntade förlorade arbetsår respektive produktionsbortfall, som kan tillskrivas den aktuella riskfaktorn
- Produktionsbortfall på grund av sjukfrånvaro från arbete (de sjukfall som är längre än 14 dagar, för vilka Försäkringskassans information är applicerbar) och förtidig död, som kan tillskrivas den aktuella riskfaktorn.

Alla rapporterade resultat innefattar morbiditet och mortalitet i åldersgruppen 35 – 84 år. Anledningen till denna avgränsning är att sjuklighet och död till följd av levnadsvanor i praktiken inte inträffar i livets första del, och att över en viss ålder är det naturliga åldrandet den största orsaken till sjuklighet och död. Vår avgränsning kan ses som ett konservativt antagande.

NCDSim – en översikt

NCDSim är en systemdynamisk modell som representerar befolkningen på ett övergripande sätt i form av hur förekomst och förändringar av antalet personer i specifika tillstånd utvecklas över tid. Något förenklat utgår modellen ifrån köns och ålderbaserade beräkningar avseende totala risker för sjuklighet och död. Olika antaganden om förekomsten av riskfaktorer genererar sedan olika andelar av befolkningen med och utan sjuklighet. Den mer utförliga modellbeskrivningen använder begreppet stock som avser en grupp individer med samma egenskaper eller i samma tillstånd vid en viss tidpunkt, till exempel gruppen cancersjuka år 2030. På samma sätt används begreppet flöde avseende förändringar i dessa stockar över tid, till exempel antalet personer som insjuknar i cancer under 2030 (flödet från stocken friska till stocken cancersjuka). NCDSim har tre stockar: personer med cancer, personer med hjärt-kärlsjukdom och personer som inte har någon av dessa sjukdomar. Modellens tidssteg är år, och för varje kalenderår i modellen beräknas nya värden för stockarna, baserat på 14 olika flöden. Relationen mellan stockar och flöden i illustreras i nedanstående Figur.



De illustrerade flödena representerar dels epidemiologiska förlopp i form av insjuknande och tillfrisknande, dels demografiska förlopp i form av in- och utvandring, födslar och dödsfall.

Eftersom risken för hjärt-kärlsjukdom och cancer ökar med ålder, samtidigt som vi har en åldrande befolkning, är det essentiellt att modellen tar hänsyn till den demografiska utvecklingen. Samtliga demografiska flöden i NCDSim baseras på SCB:s demografiska prognos, som görs uppdelat på kön och ettåriga åldersklasser mellan 0 och 99 år, och en grupp för personer 100 år och äldre (totalt 202 grupper). NCDSims speglar denna uppdelning och antalet individer i respektive tillstånd respektive in- och utflöden ur respektive tillstånd beräknas per modellår för var och en av dessa 202 grupper, varefter stockarna flyttas framåt till nästa åldersklass till följd av åldrande.

Flöden för insjuknande beräknas utifrån epidemiologiska tillskrivningstal och personår (risktiden) inom varje kön- och ålderskategori bland icke-sjuka (se Relativa risker och tillskrivningstal nedan). Dödsriskerna för både sjuka och icke-sjuka skattas utifrån individdata från SCB och Socialstyrelsen och i båda fall avser dödsriskerna dödsfall oavsett dödsorsak. I modellens baslinje kalibreras därefter dödsriskerna för varje kombination av ålder och kön för att överensstämma med SCB:s demografiska prognos. Alternativa modellscenarier utgår från simuleringens kalibrerade dödsrisker. Dödligheten skiljer sig därmed åt mellan olika modellscenarier på grund av att andelen personer inom sjukdoms- och åldersgrupper skiljer sig åt, eftersom olika antaganden om förekomst av en specifik riskfaktor genererar olika befolkningsammansättningar avseende sjuklighet.

De kompletterande beräkningarna avseende förlust av produktionsvärden till följd av förtidig död genomfördes genom att beräkna de förlorade förväntade framtida produktionsvärdena för dödsfall i åldrarna 35 – 69 år. Se Appendix för en detaljerad beskrivning.

Data och sjukdomsdefinitioner

Den kvantitativa information som används i simuleringsmodellen för att beräkna sjukdomsprevalens respektive sjukdomsincidens och dödsrisker har beräknats utifrån individdata från (1) SCB:s Registret över totalbefolkningen, och (2) Socialstyrelsens patientregister, avseende sluten- och specialiserad öppenvård, respektive Cancerregister för åren 2009 - 2022. Antalet prevalenta sjukdomsfall definieras enligt följande:

1. Antalet (stocken) cancerpatienter: antalet individer med minst en registrerad malign primärtumör (med ICD-10-koder C00-C97, D00-D09) i cancerregistret under året, eller under något av de fyra föregående åren.
2. Stocken av hjärt-kärlpatienter: antalet individer med minst ett sjukvårdsbesök registrerat i patientregistret med huvud- eller bidiagnos för någon av ICD-10-koderna B33, F01, I01-I09, I20-I26, I27 eller I28-I73 under året, eller under något av de fyra föregående åren.
3. Stocken av individer utan cancer eller hjärt-kärlsjukdom: differensen mellan det totala antalet individer i populationen enligt Registret över totalbefolkningen och summan av 1. och 2.

Stockarna (prevalens) definieras utifrån en femårig periodprevalens där metoden skiljer sig åt mellan sjukdomarna beroende på att olika datakällor används. Från Cancerregistret används information om nyregistrering av maligna primärtumörer, vilket alltså avser incidens. Från patientregistret används information om löpande sjukvårdsbesök för vissa diagnoser, vilket istället direkt indikerar prevalens. Även metoden för att definiera ett incident fall skiljer sig åt av samma skäl – medan incidens direkt kan observeras i Cancerregistret behövs ett antagande om längden på perioden utan sjukvårdsbesök i patientregistret för att definiera om individen är under risk för ny incidens. Sammanfattningsvis baseras modellens beräkningar om cancer på information om nyregistrerade maligna tumörer från Cancerregistret, medan beräkningarna om hjärt-kärl-sjukdom istället baseras på uppgifter om vårdkontakter från patientregistret. Mer detaljer återfinns i modellens tekniska dokumentation (Folkhälsomyndigheten 2025).

Förekomst av obesitas i befolkningen

Information om förekomsten av riskfaktorn obesitas (BMI > 30), uppdelat på ålder och kön, har inhämtats på individnivå från Folkhälsomyndighetens surveyundersökning Nationella folkhälsoenkäten. I modellens huvudalternativ (nuläget) skrivs andelen personer med obesitas fram utifrån dagens fördelning av obesitas i befolkningen med avseende på ålder och kön, i kombination med den demografiska utvecklingen. Exempelvis antas andelen 50-åriga kvinnor med obesitas vara densamma för varje framtida år, men antalet kan ändras på grund av att storleken på denna grupp förändras över tid. Under senare år har visserligen andelen med obesitas ökat trendmässigt i befolkningen (Folkhälsomyndigheten 2024), men modellens huvudalternativ inkorporerar inte denna utveckling. I det kontrafaktiska scenariot sätts andelen med obesitas till noll i hela befolkningen, från och med 2023. Den genomsnittliga obesitasprevalensen är 17 % i åldrarna 16 – 85 år.

NCDSim inkluderar utöver obesitas även riskfaktorerna alkohol, rökning, otillräcklig fysisk aktivitet och en uppsättning kostfaktorer. I denna analys lämnas alla riskfaktorer förutom obesitas oförändrade. Riskfaktorerna representeras som andelar av den icke-sjuka befolkningen, vilka alltså erfar en förhöjd risk för insjuknande. Riskfaktorerna i NCDSim antas vara oberoende av varandra, och överrisken för varje faktor beräknas separat (för att undvika dubbelräkning eftersom olika riskfaktorer påverkar risken för en viss sjukdom).

Relativa risker och tillskrivningstal

Överrisken för sjukdom förknippade med modellens riskfaktorer baseras på den epidemiologiska vetenskapliga litteraturen. Dessa risker benämns även relativa risker, eftersom de visar överrisken för personer med en riskfaktor relativt personer utan riskfaktorn. De relativrisker som appliceras i NCDSim har anpassats utifrån hur respektive riskfaktor har definierats. Relativriskerna förknippade med obesitas är 1,056 för cancer och 1,374 för hjärt-kärlsjukdom och baseras på Freisling m.fl. (2020). Det totala bidraget till risken för insjuknande som kan tillskrivas en riskfaktor beror både på förekomsten av riskfaktorn och relativrisken och sammanfattas av en så kallad tillskrivningsfaktor (på engelska population attributable fraction, PAF), enligt följande formel:

$$PAF = \frac{p(RR-1)}{1+p(RR-1)} \quad (1)$$

Tillskrivningsfaktorerna avseende hjärt-kärlsjukdom respektive cancer för respektive riskfaktor beräknas separat för olika kombinationer av ålder och kön. För varje köns-/åldersgrupp vägs sedan tillskrivningsfaktorerna för samtliga riskfaktorer samman, och kalibreras så att de resulterande insjuknandeflödena matchar de empiriskt observerade insjuknandeflödena i Socialstyrelsens data. För mer detaljer, se NCDSims tekniska dokumentation.

De epidemiologiska tillskrivningstalen används sedan för att beräkna andelar av sjuklighet och död som kan tillskrivas förekomst av riskfaktorerna i basscenariot, det vill säga, så som förekomsten av riskfaktorerna är i nuläget. Motsvarande beräkningar av sjuklighet och död kan genomföras utifrån alternativa antaganden om riskfaktorernas förekomst. Differensen mellan utfallen i dessa två beräkningar ger en uppskattning av vad en förändring av riskfaktorernas förekomst innebär kostnaderna.

Beräkning av monetära kostnader

Effekterna den nuvarande förekomsten av obesitas respektive av en ändring av förekomsten av obesitas beräknas dels i fysiska enheter (antalet patienter med kardiovaskulär sjukdom respektive cancersjukdom, och antalet dödsfall som kan tillskrivas obesitas), dels i monetära enheter. Den senare beräkningen kräver information om kostnaderna per aktuell enhet. Det gäller kostnad per patient inom hälso- och sjukvården, kostnaden per läkemedelsenhet som förskrivits på recept, och värdet av produktionsbortfall. Alla enhetskostnader antas vara konstanta över tid. Ingen diskontering av beräknade monetära värden görs.

Direkta kostnader

Hälso- och sjukvårdskostnaden för respektive diagnosgrupp baseras på data från KPP (kostnad-per-patient-databasen) hos Sveriges Kommuner och Regioner, se Sveriges Kommuner och Regioner (2024), som sammanställer antal vårdtillfällen för specialiserad somatisk vård (uppdelat på slutenvård och specialiserad öppenvård), samt primärvård och den genomsnittliga kostnaden per vårdtillfälle. Endast kostnader där diagnoser inom respektive sjukdomsgrupp anges som huvuddiagnos har inkluderats. KPP-databasen täcker inte alla landets regioner. Det har antagits att de regioner som finns med är representativa för landet som helhet.

Läkemedelskostnader för förskrivningsläkemedel baseras på Socialstyrelsens prognosrapport, se Socialstyrelsen (2024) för ATC-gruppen hjärt- och kärl läkemedel (ATC: C). Totalkostnaden för cancerläkemedel (L01) baseras på Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets skattningar av totalkostnaden efter återbäringsrabatt (genom avtal mellan läkemedelsföretag och enskilda regioner), se Tandvård- och läkemedelsförmånsverket (2024). För övriga läkemedelsgrupper har återbäringsrabatten antagits försumbar förutom för PCSK9-hämmare (inom gruppen kardiovaskulär sjukdom) vars kostnad också nedjusterats för återbäringsrabatt.

Indirekta kostnader

Det beräknade produktionsbortfallet värderas enligt humankapitalmetoden (Drummond et al., 2015). Produktionsbortfall vid sjukdom baseras på Försäkringskassans publika databas över antal nettodagar med utbetald sjuk- och rehabiliteringspenning efter diagnos (Försäkringskassan, 2024). Statistiken innefattar endast sjukdomsfall längre än 14 dagar och de sjukdagar för dessa fall som ersatts av Försäkringskassan. Åldersfördelningen inom respektive diagnosgrupp baseras på data över antal sjukdomsfall per åldersgrupp från Försäkringskassan. Uppgifter om genomsnittlig lön samt arbetsgivaravgifter per dag under 2023 för respektive åldersgrupp, justerat för sysselsättningsgrad, inhämtades från SCB:s publika databaser (Statistiska centralbyrån, 2024). Dessa uppgifter multiplicerades sedan med antalet nettodagar, för en skattning av produktionsbortfallet. Samma metod användes för beräkning av förlorade produktionsvärden till följd av mortalitet.

Resultat

Resultaten av beräkningarna redovisas dels som en sammanfattning av de samhällsekonomiska kostnader som den nuvarande förekomsten av obesitas ger upphov till, dels som illustrationer av hur dessa effekter skulle minska över tiden 2026 – 2040 vid en tänkt momentan minskning av obesitasprevalensen till noll år 2023.

De årliga samhällsekonomiska effekterna som kan tillskrivas den nuvarande förekomsten av obesitas beräknades till

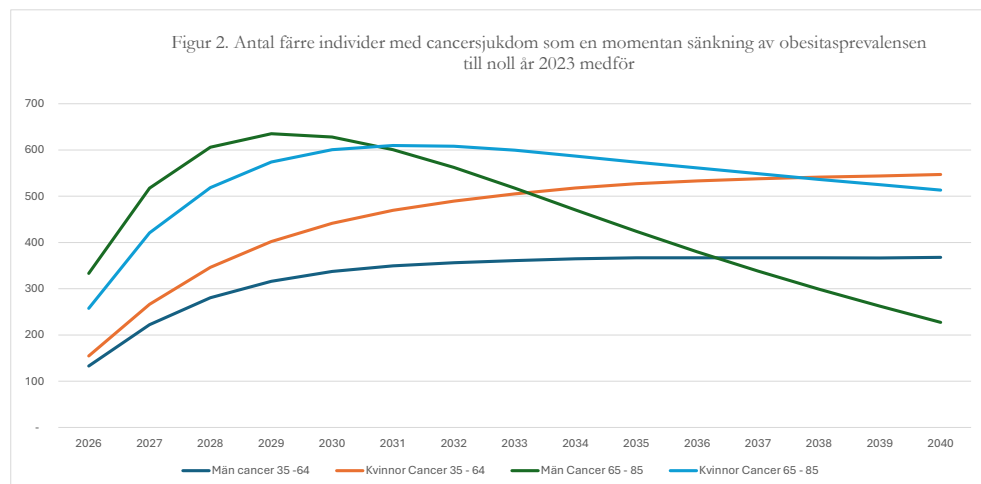
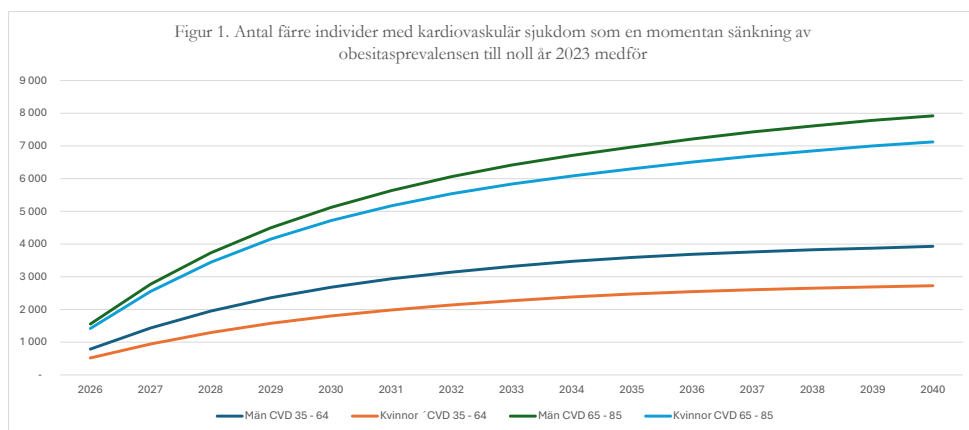
- Drygt 100 nya cancerfall
- Cirka 3 5000 nya fall av kardiovaskulär sjukdom
- Cirka 700 dödsfall

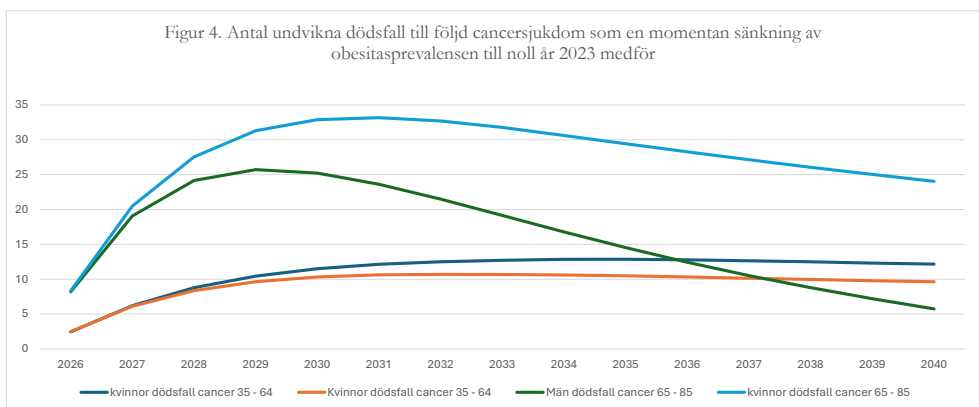
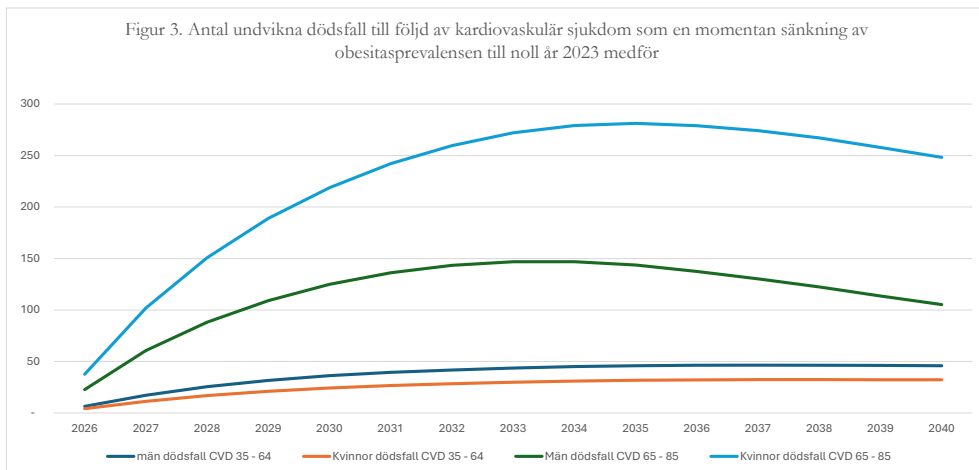
Dessa sjuk- och dödsfall kan värderas i monetära termer, vilket rapporteras i Tabell 1. Tabell 1 återger effekterna av den nuvarande förekomsten av obesitas i fysiska enheter: antalet individer

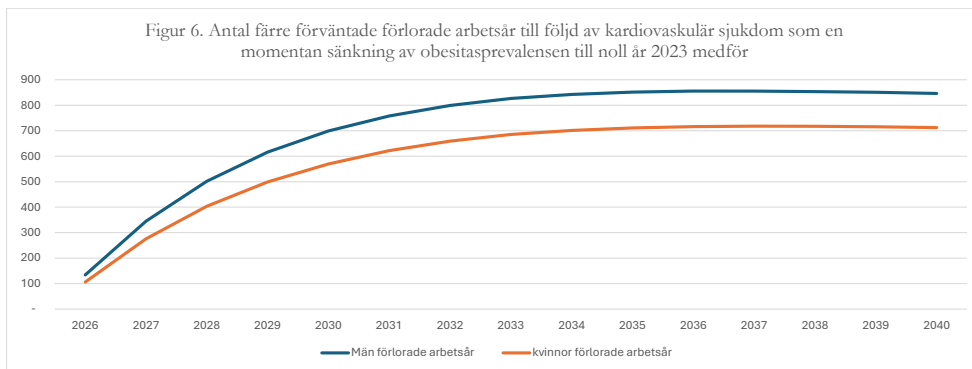
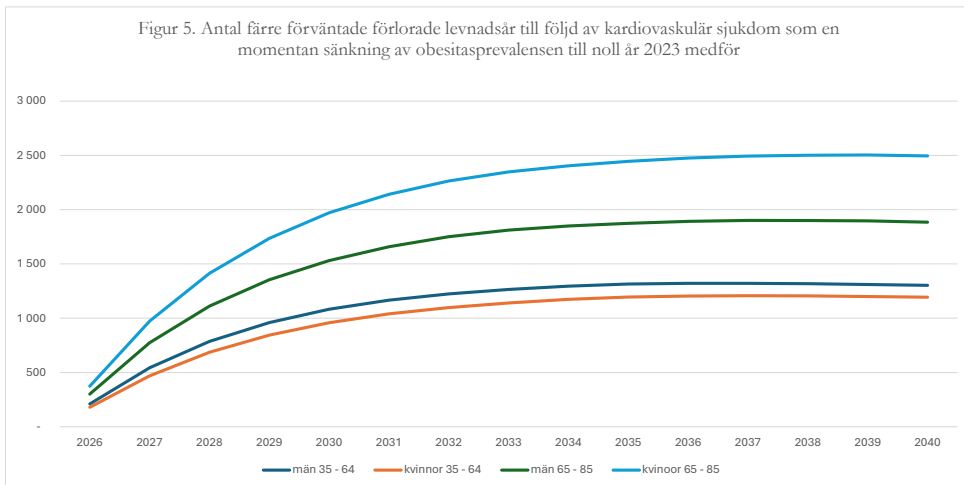
med kardiovaskulär sjukdom, antalet individer med cancersjukdom, antalet dödsfall, antalet förlorade förväntade levnadsår, respektive förlorade förväntade arbetsår, till följd av obesitas. Därefter redovisas de motsvarande monetära kostnaderna.

Effekterna av fetma – fysiska enheter

Figureorna 1 – 6 illustrerar utvecklingen av undviken sjuklighet och dödlighet då obesitasprevalensen momentant minskar till noll från och med 2023 (Tabellerna A1 – A3, appendix, redovisar de predikerade antalen).

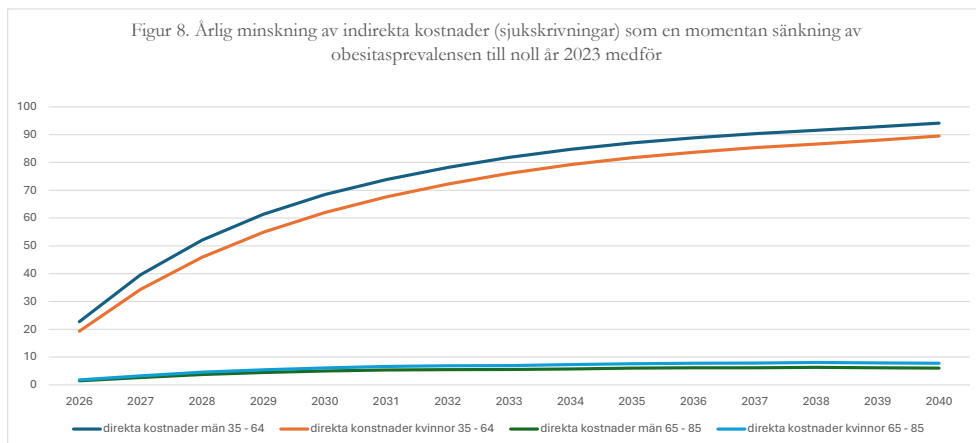
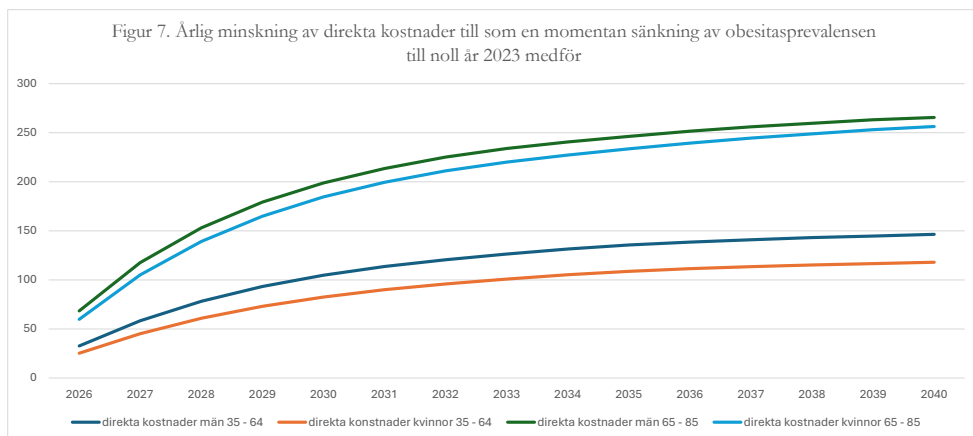


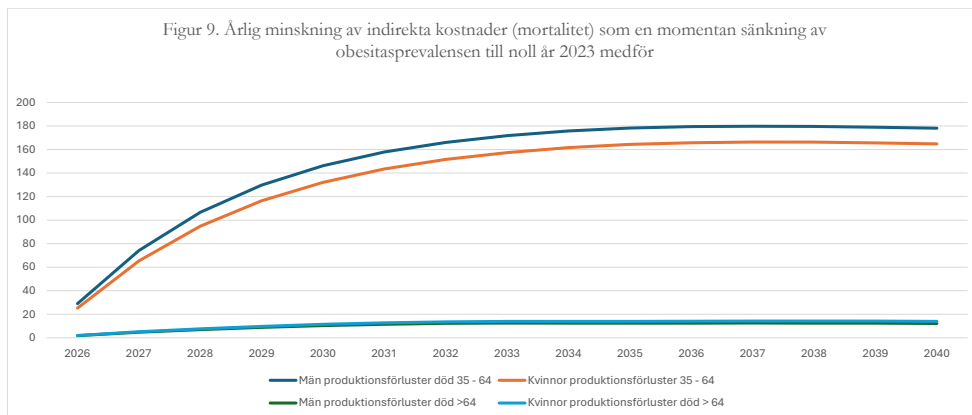




Effekterna av obesitas – värdet av sparade hälso- och sjukvårdsresurser och produktionsbortfall vid en momentan minskning av obesitasprevalensen till noll från och med år 2023

Figurerna 7 – 9 illustrerar de ekonomiska besparingar som en momentan minskning av obesitasprevalensen till noll från och med 2023 medför (Tabell A4, appendix, redovisar de predikerade numeriska värdena).





Sammanfattning, analys och diskussion

Cirka 17 % av den vuxna svenska befolkningen har obesitas. Befintlig medicinsk och epidemiologisk evidens ger tydliga samband mellan obesitas och sjuklighet och död. I den här studien beräknades de samhällsekonomiska effekterna av obesitas i Sverige i nuläget och för respektive år femton år in i framtiden. Beräkningarna utfördes med hjälp av Folkhälsomyndighetens simuleringsmodell NCDSim avseende alla direkta kostnadskomponenter, och indirekta kostnader till följd av sjukskrivningar. Indirekta kostnader som kan hänföras till mortalitet (förväntade produktionsförluster) genomfördes i en parallell beräkning med i huvudsak samma epidemiologiska metoder som de som används av NCDSim.

Resultaten sammanfattas i Tabell 1 nedan (Tabell 1 återgavs i sammanfattning)

Tabell 1. Sammanfattning av de kostnader som den nuvarande obesitaspreevalensen ger upphov till under ett år.

Aldersgrupp	Antal personer kardiovaskulär sjukdom	Antal personer cancersjukdom	Antal döda	Förloade		Direkta kostnader (miljoner SEK)	Indirekta kostnader (sjukskrivningar)	Indirekta kostnader (mortalitet)	Totala kostnader
				levnadsår	arbetsår				
35 – 64	5 296	302	56	1 304	846	146	94	178	419
	8 069	360	285	1 884		266	6	12	284
35 – 64	2 312	479	44	1 194	712	118	90	165	372
	6 881	588	298	2 495		256	8	14	278
Totalt	21 700	1 655	683	6 877	1 558	786	197	369	1 353

Det skall understrykas att de beräkningar som genomförts med simuleringsmodellen NCDsim är genomförda med metoder som dels tar hänsyn till förväntade demografiska förändringar (enligt SCBs prognoser), dels förväntat fortsatt sjunkande dödsrisken, vilket skiljer den här studien från de tidigare studier som vi jämför våra resultat med. Vidare genomförs beräkningarna av de samhällsekonomiska effekterna av obesitas genom att beräkna de *totala* samhällsekonomiska kostnaderna av ett antal viktiga livsstilsfaktorer (Folkhälsomyndigheten, 2024) som var och en innebär överrisken för sjukdom och död, och sedan genomföra en liknande beräkning där obesitasprevalensen antas vara noll från och med år 2023. Differensen mellan utfallen i de två beräkningarna ger då en uppskattning av de samhällsekonomiska effekterna av obesitas som tar hänsyn till att viss sjuklighet och död påverkas både av obesitas och andra riskfaktorer, det vill säga, dubbelräkning undviks i större utsträckning än i tidigare studier (se appendix). Detta innebär i praktiken att de redovisade estimaten av de samhällsekonomiska effekterna är konservativa relativt tidigare publicerade estimat av de samhällsekonomiska effekterna av obesitas i Sverige.

Sammantaget förklaras skillnaderna mellan resultaten avseende de årliga samhällsekonomiska effekterna av obesitas i den här studien och Andersson et al. (a) och (b) av:

- Att demografiska förändringar inte tagits hänsyn till i tidigare studier
- Att de beräkningar som utförts här inkluderar ett färre antal sjukdomar
- Att relativa risker för sjukdom är lägre i våra beräkningar
- Att indirekta kostnader till följd av förlorad hushållsproduktion inte ingår i våra beräkningar

Alla beräkningar samhällsekonomiska effekter utgår ifrån vissa avgränsningar och antaganden. Dessa är inte självklara och kan därför ifrågasättas. I syfte att i någon utsträckning belysa effekterna av dessa för de resultat som beräknats går vi nu igenom de viktigaste avgränsningarna och antagandena och analyserar vad en förändring av dessa skulle ha inneburit för de erhållna resultaten.

Prevalens obesitas

I simuleringsmodellen antas obesitasprevalensen vara konstant för varje ålder. Detta innebär att antalet personer med obesitas förändras som en effekt av den demografiska förändringen avseende antal personer i varje ålder, men inte som ett resultat av att andelen av antalet personer med obesitas förändras. Eftersom vi vet att obesitasprevalensen historiskt ökat innebär den här använda metoden sannolikt en underskattning av effekterna av obesitas. Simuleringsmodellen tar inte heller hänsyn till förfluten tid i *tillståndet* obesitas, det vill säga riskerna för sjuklighet och död antas inträffa omedelbart utan någon aggregering av negativ påverkan på hälsan över tid. Det oklart om detta innebär en över- eller underskattning av effekterna av obesitas, eftersom beräkningarna å ena sidan överskattar sjukdomsrisken för personer i det lägre åldersspannet om dessa nyligen blivit överviktiga men å andra sidan sannolikt underskattar sjukdomsrisken för dessa personer om de varit överviktiga en större del av sitt liv.

Inkluderade sjukdomar

Obesitas förknippas med ett större antal sjukdomar än de som inkluderats i beräkningarna. De viktigaste i termer av samhällsekonomiska effekter är diabetes typ 2 respektive artros. Av alla fall

av diabetes typ 2 kan fler än hälften tillskrivas obesitas. Detta innebär att de beräknade kostnaderna i den här studien underskattar effekterna av obesitas. I studierna Andersson et al. (a), (b) uppgår de direkta kostnaderna för dessa båda tillstånd till nästan 1 miljard SEK.

Sjukskrivningar

De förlorade produktionsvärden som kan tillskrivas obesitas uppstår till följd av temporär sjuklighet, permanent sjuklighet, respektive mortalitet. Beräkningarna innefattar inte produktionsbortfall till följd av permanent sjuklighet. Då det gäller produktionsbortfall till följd av temporär sjuklighet inkluderades för varje sjukfall sjukdagar utöver 14 dagar (av Försäkringskassan ersatta dagar). De beräknade produktionsvärdena som kan tillskrivas obesitas är därför en underskattning av de verkliga värdena.

Hushållsproduktion

De genomförda beräkningarna inkluderar inte värdet av den hushållsproduktion som förloras på grund av sjuklighet och död som kan tillskrivas obesitas. I tidigare studier av samhällsekonomiska effekter av sjuklighet beräknas de indirekta kostnaderna till följd av förlorad hushållsproduktion uppgå till belopp som är i samma storleksordning som de markandsrelaterade produktionsförlusterna. Detta ger en uppfattning av underskattningen av effekterna av obesitas som utelämnandet av hushållsproduktion medför.

Känslighetsanalys

Beräkningar av de samhällsekonomiska kostnaderna under andra antaganden om minskning av förekomsten av obesitas visar att resultaten approximativt är lineära: en minskning av förekomsten av obesitas med 25% respektive 50 % innebär att minskningarna av de samhällsekonomiska kostnaderna minskar med 25 % respektive 50 %. Mer specifikt innebär det att de totala kostnaderna minskar från 1.4 miljarder SEK till cirka 1 miljard respektive 675 miljoner SEK.

Appendix

Simuleringsmodellen NCDSim beskrivs mer utförligt i Folkhälsomyndigheten (2024).

Population attributable fraction och eventuell dubbelräkning

Antag att tillskrivningsfaktorn för sjukdom s är

$$PAF_s = 1 - \sum_i (1 - PAF_{is}) = 1 - (1 - PAF_1)(1 - PAF_{obesitas}).$$

I en beräkning av de samhällsekonomiska effekterna av obesitas där enbart obesitas ingår är tillskrivningsfaktorn $PAF_{obesitas}$. Nettoeffekten av obesitas i de beräkningar som genomförts här är:

$$\begin{aligned} 1 - (1 - PAF_1)(1 - PAF_{obesitas}) - 1 - (1 - PAF_1)(1 - 0) = \\ 1 - (1 - PAF_1)(1 - PAF_{obesitas}) - 1 - (1 - PAF_1) = \\ PAF_1 - PAF_1 PAF_{obesitas} = PAF_1(1 - PAF_{obesitas}). \end{aligned}$$

Detta uttryck kan jämföras med $PAF_{obesitas}$. En beräkning som enbart tar hänsyn till att sjukdom s kan tillskrivas obesitas leder till en överskattning av effekterna av obesitas om

$$PAF_{obesitas} > PAF_1(1 - PAF_{obesitas}),$$

vilket kommer vara uppfyllt om de enskilda tillskrivningsfaktorerna är av ungefär samma storleksordning. Mer precist låt $PAF_1 = kPAF_{obesitas}$, där k är konstant. Relationen mellan $PAF_{obesitas}$ och PAF_1 kan då uttryckas i termer av k så att ovanstående olikhet skall gälla.

Kompletterande beräkningar

Förlorade levnads- respektive arbetsår som kan tillskrivas de olika riskfaktorerna

Förlorade levnad- respektive arbetsår beräknades i första fallet utifrån dödsfall i åldersgruppen 35 – 84 och förväntad återstående levnadstid vid ålder t ($t \in [35,84]$). Det är alltså den återstående förväntade levnadstiden betingat på att individen lever vid ålder t . Återstående levnadstid vid ålder t , FL_t , beräknades utifrån Statistiska Centralbyråns Livslängstabeller för män respektive kvinnor. På samma sätt beräknades förväntade förlorade arbetsår vid dödsfall i åldern t genom förväntade förlorade levnadsår fram till och med 69 års ålder. Formellt ges det förväntade antalet förlorade levnads år på grund av mortalitet, FL , av

$$FL = \sum_{t=35}^{t=100} n_t FL_t,$$

där n_t är antalet dödsfall i åldern t . Denna beräkning görs separat för män respektive kvinnor.

Antalet förlorade arbetsår, FA , ges av

$$FA = \sum_{t=35}^{t=69} n_t FA_t,$$

där FA_t är antalet förlorade arbetsår (beräknat enligt ovan) för ett dödsfall vid åldern t .

Då det gäller beräkningen av monetära värden av förlorade arbetsår har genomsnittliga bruttointkomster, inklusive sociala avgifter (50 procent), för män respektive kvinnor och de aktuella åldersgrupperna använts. Värdet av förlorade arbetsår, VFA , har alltså beräknats enligt följande

$$VFA = \sum_{t=35}^{t=69} n_t \sum_{age=35}^{age=69} w_{age} \cdot p_{age},$$

där w_{age} är den genomsnittliga bruttolönen inklusive löneskatter vid ålder t , och p_{age} är sannolikheten att leva vid ålder t givet att man levde vid ålder $t - 1$.

Tabell A1. Antal färre personer med kardiovaskulär sjukdom respektive cancersjukdom per år vid en momentan minskning av obesitasp prevalensen till noll år 2023

Kön/åldersgrupp	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
Kardiovaskulär sjukdom															
män															
35 - 64	666	1 197	1 618	1 951	2 216	2 436	2 623	2 773	2 889	2 980	3 058	3 116	3 176	3 237	3 296
65 - 84	1 560	2 787	3 763	4 551	5 195	5 719	6 151	6 523	6 858	7 145	7 390	7 616	7 799	7 944	8 069
Kvinnor															
35 - 64	442	800	1 090	1 324	1 514	1 674	1 811	1 922	2 010	2 081	2 140	2 185	2 229	2 272	2 312
65 - 84	1 352	2 424	3 275	3 951	4 493	4 926	5 282	5 589	5 864	6 098	6 300	6 487	6 641	6 769	6 881
Cancersjukdom															
män															
35 - 64	108	178	223	251	268	280	288	294	296	297	298	297	298	300	302
65 - 84	337	530	630	672	678	661	632	598	562	525	489	455	421	390	360
Kvinnor															
35 - 64	135	231	299	348	382	408	428	442	452	459	464	468	471	475	479
65 - 84	259	426	530	591	625	641	645	644	639	633	625	617	608	598	588

Tabell A2. Antal färre dödsfall till av kardiovaskulär sjukdom respektive cancersjukdom per år vid en momentan minskning av obesitasp prevalensen till noll år 2023

Kön/åldersgrupp	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
Kardiovaskulär sjukdom															
män															
35 - 64	6	17	25	32	36	40	42	44	45	46	46	46	46	46	46
65 - 84	41	108	158	193	218	236	249	258	264	269	273	276	277	279	279
Kvinnor															
35 - 64	4	11	17	21	24	27	28	30	31	32	32	32	32	32	32
65 - 84	38	101	149	185	212	230	243	252	258	263	268	270	272	274	274
Cancersjukdom															
män															
35 - 64	2	6	8	10	10	11	11	11	11	10	10	10	10	10	10
65 - 84	8	19	24	26	25	24	21	19	17	15	12	11	9	7	6
Kvinnor															
35 - 64	2	6	9	10	12	12	13	13	13	13	13	13	12	12	12
65 - 84	8	20	28	31	33	33	33	32	31	29	28	27	26	25	24

Tabell A3. Vunna levnadsår per år vid en momentan minskning av obesitasprevalensen till noll år 2023

Kön/åldersgrupp	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
män	Levnadsår														
35 - 64	210	543	787	960	1 082	1 167	1 223	1 265	1 296	1 315	1 321	1 321	1 318	1 310	1 304
65 - 84	301	774	1 111	1 355	1 531	1 659	1 751	1 812	1 850	1 875	1 892	1 901	1 901	1 897	1 884
Kvinnor	Arbetsår														
35 - 64	180	470	687	844	959	1 041	1 098	1 141	1 175	1 195	1 205	1 207	1 206	1 199	1 194
65 - 84	373	974	1 414	1 736	1 971	2 141	2 264	2 348	2 404	2 445	2 475	2 494	2 501	2 504	2 495
Män/kvinnor	Arbetsår														
35 - 64	134	346	502	616	699	758	799	827	843	852	856	856	854	851	846
35 - 64	106	276	404	499	570	622	659	685	701	711	716	718	717	716	712

Tabell A4. Undvikna direkta respektive indirekta kostnader per år vid en momentan minskning av obesitasprevalensen till noll år 2023. Miljoner SEK

Kön/åldersgrupp	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
män	Direkta kostnader														
35 - 64	33	58	78	93	105	114	121	126	132	136	139	141	143	145	146
65 - 84	68	118	153	179	199	214	225	234	241	246	252	256	260	263	266
Kvinnor	Indirekta kostnader - sjukskrivningar														
35 - 64	25	45	61	73	82	90	96	101	105	109	111	113	115	117	118
65 - 84	60	105	139	165	184	199	211	220	227	234	239	244	249	253	256
Män/kvinnor	Indirekta kostnader - mortalitet														
35 - 69	24	42	56	66	73	79	84	87	90	93	95	96	98	99	100
35 - 69	21	38	50	60	68	74	79	83	87	89	91	93	95	96	97
35 - 64	54	139	201	246	278	301	318	329	337	343	345	346	346	345	343
65 - 69	4	10	15	19	22	24	26	26	26	26	27	27	27	27	26

Referenser

Akram, D. S., Astrup, A. V., Atinmo, T., Boissin, J. L., Bray, G. A., Carroll, K., Chitson, P., Chunming, C., Dietz, W. H., Hill, J. O., Jéquier, E., Komodiki, C., Matsuzawa, Y., Mollentze, W. F., Moosa, K., Noor, M. I., Reddy, K. S., Seidell, J., Tanphaichitr, V., Uauy, R. och Zimmet, P. Z (2000). "Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic". World Health Organization Technical Report Series, 894.

Andersson, E., Welin, KO. och Carlsson, KS. Kostnader för fetma i Sverige idag och år 2030. IHE rapport 2018:3, IHE: Lund. (a)

Andersson, E., Eliasson, B. och Carlsson, K. S. (2022). "Current and Future Costs of Obesity in Sweden", *Health Policy*, vol. 126, nr 6, s. 558–564. (b)

Bolin K. Finansieringen av framtidens hälso- och sjukvård och äldreomsorg – vilken betydelse har prevention? SNS, 2024.

Drummond, M., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., Torrance, G. W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Folkhälsomyndigheten, 2024, Utveckling av BMI i Sverige 1980–2022, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/u/utveckling-av-bmi-i-sverige-1980-2022/>

Folkhälsomyndigheten, 2025, NCDSim – en simuleringsmodell för den framtida utvecklingen av icke-smittsamma sjukdomar. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/n/ncdsim-en-simuleringsmodell-for-den-framtida-utvecklingen-av-icke-smittsamma-sjukdomar/>

Freisling, Heinz et al. Lifestyle factors and risk of multimorbidity of cancer and cardiometabolic diseases: a multinational cohort study, *BMC medicine* 2020; 18:1, <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1474-7>

Socialstyrelsen, 2024, Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2024–2027. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-5-9054.pdf>

OECD (2019), "The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention", OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

Statistiska centralbyrån, 2024, Medellöner i Sverige. <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/medelloner-i-sverige>

Sveriges Kommuner och Regioner, 2024, KPP Databas. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatientkpp/kppdatabas.46722.html>

Tandvård- och läkemedelsförmånsverket, 2024, Prognos av besparingar från sidoöverenskommelser 2024–2027.

https://www.tlv.se/download/18.4663e418f9ed2a83f74f3d/1717399912058/prognos_av_besparingar_fran_sidooverenskommelser_2024_2027_403-2024.pdf.

Tremmel, M., Gerdtham, U.-G., Nilsson, P. M. och Saha, S. (2017). "Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review", *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14.4, 435.

WHO (World Health Organization) (2009). *Global Health Risks Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Geneva: World Health Organization.

The Effects of Depression on Labor Market and Health Outcomes

Tzu-Hsi Chen[†]

November 24, 2025

1 Introduction

This project investigates how data can be systematically leveraged to improve policy-making related to public health. In this report, we demonstrate how high quality healthcare data can provide a foundation for evaluating the costs of health-related events.

The main focus of this report is to showcase the integration of health and economic datasets to evaluate the impacts of health-related events or interventions. As an example, we analyze how an adverse mental health event, depression, affects labor market performance and healthcare utilization. By quantifying these relationships, we find that the economic burden of mental illness extends beyond direct healthcare expenditures. The report proceeds as follows: Sections 2 and 3 describe the data and methodology used in our analysis; Section 4 presents our findings, and Section 5 concludes.

2 Data

We use two main data sources. The first is the Swedish National Patient Register, which contains detailed records on inpatient and outpatient specialist care utilization for the entire population of Sweden. The second is micro data on income and socioeconomic characteristics from the LISA database from Statistics Sweden (SCB).

Our analysis sample consists of individuals born between 1970 and 1975 who received their first specialist depression diagnosis between 2005 and 2015. Note that since we use specialist data, we would not capture the less severe cases that were treated only in primary healthcare. Thus, our results should be interpreted as an upper bound of the effects of a depression diagnosis. By construction, our sample will be aged between 30 and 45 at the time of diagnosis. We define depression using ICD-10 codes F32, F33, F34, F38, and F39 for both in- and out-patient specialist registers. We exclude individuals with anxiety, sexual disorder, substance abuse diagnoses, or inpatient stays related to mental health conditions in the four years prior to diagnosis.

For the control group, we conduct a propensity score matching exercise, where we draw upon a pool of individuals without a diagnosis or not yet diagnosed in the comparable time period. Figure 1 shows the flowchart of the sample selection process, and table 1 shows the summary statistics of our analysis sample 4 years prior to diagnosis (or pseudo-diagnosis for the control group) compared to the entire 1970-1975 cohort (measured in 2006). We see that our treatment group has a higher share of women compared to the general population, and that they are less likely to have a college degree or be married. They also have lower labor income and a higher share with social assistance. In terms of health and sickness, the treated group has more outpatient visits and more individuals with sick pay compared to the general population. Our control group matches the treatment group well in most variables but have slightly higher income and lower number of outpatient visits on average.

^{*}Department of Economics, Stockholm University. Email: tzu-hsi.chen@su.se

[†]This technical report is part of an ongoing research project approved by the Swedish Ethical Review Authority (Dnr 2022-02993-02).

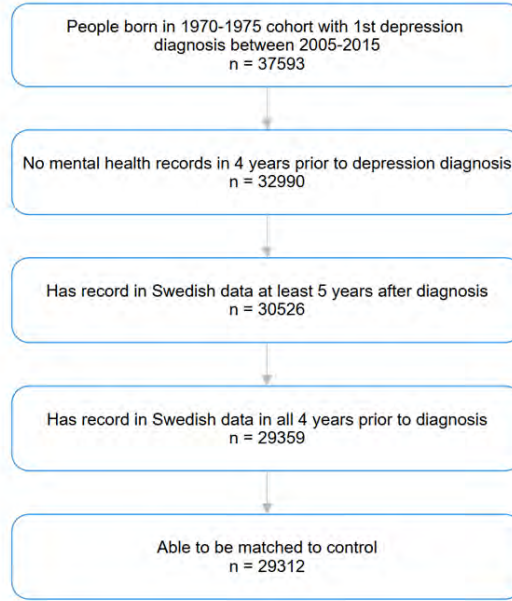


Figure 1: Flowchart of sample selection

Table 1: Summary Statistics

	Control	Treatment	All born 1970-1975
Observations	56,979 (7.1%)	29,312 (3.6%)	807,915
Share of women	0.619	0.620	0.504
Share college	0.220	0.213	0.273
Labor income	173,075	170,991	218,904
Share married	0.329	0.322	0.378
Share with social assistance	0.111	0.110	0.053
Share with sick pay	0.248	0.248	0.138
Number of outpatient visits	1.214	1.583	0.930

3 Methodology

Each treated individual, where treatment is defined by a depression diagnosis, is matched year-by-year to two control individuals who are either not treated or not yet treated¹. Matching is done exactly on sex, age, foreign-born status, and income quartile.

We estimate each individual's propensity to be diagnosed with depression using background characteristics (education level, living situation, mother's foreign-born status), labor market characteristics (employment status, labor income, social assistance, disposable income), and health variables (sickness benefits, number of inpatient nights) for four years prior to the diagnosis. We then match each treatment individual to their two nearest neighbors in terms of propensity, with a caliper of 0.15.

This procedure ensures that the treated and control groups are comparable in observable characteristics prior to diagnosis, allowing for a meaningful comparison of post-diagnosis outcomes.

¹A small share is matched to only one control, thus the size of the control group is slightly smaller than twice the size of the treatment group.

After obtaining our treatment and control groups, we run the following regression to obtain coefficients on treatment status at different times around the event:

$$Y_{it} = \alpha_i + \lambda_t + \gamma_a + \sum_{k=-5, k \neq -2}^5 \beta_k D_{i,t+k} + \varepsilon_{it}$$

where year $t = 0$ marks the year of depression diagnosis (pseudo-diagnosis), $D_{i,t+k} = 1$ if diagnosed and year $= t + k$, α_i is individual fixed effects, λ_t is year fixed effects, and γ_a indicates age fixed effects.

4 Results

4.1 Labor income and social assistance

Figure 2a shows the raw trend of labor income and work-related compensations (*förvärsinkomst och arbetsrelaterade ersättningar*) around the time of a depression diagnosis (Year 0). We observe that the treated group's average labor income drops immediately at the year of diagnosis and is persistently lower compared to the control group.

Figure 2b displays the difference-in-difference analysis in the same outcome for the treatment group and the control group. Before diagnosis, the two groups exhibit similar income trajectories. After diagnosis, the treated group's income growth dropped approximately by 20,000 SEK in the first year compared to the control group. The difference further increased to over 40,000 SEK five years after the diagnosis.

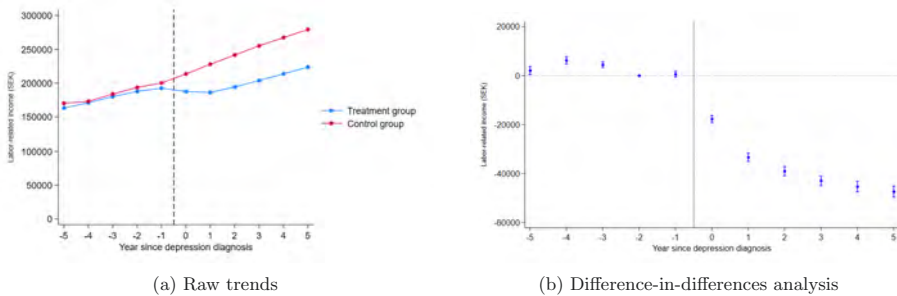


Figure 2: Labor income and work-related compensations around depression diagnosis

Figure 3 shows the share of individuals who receive non-zero social assistance. We find that people who were diagnosed with depression have a 4 percentage point higher rate of receiving social assistance after the diagnosis.

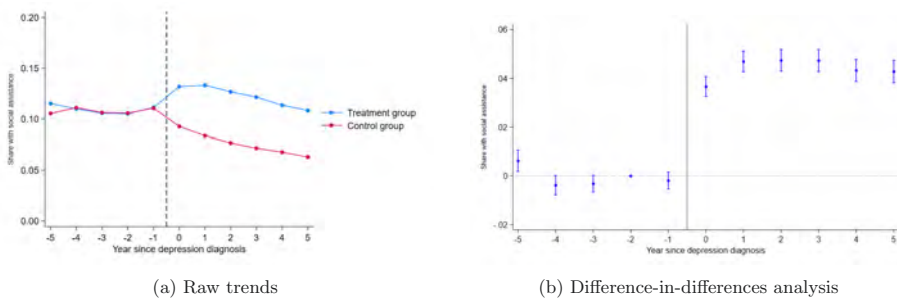


Figure 3: Share with social assistance

4.2 Health-related outcomes

We also find that after a depression diagnosis, individuals persistently utilize more outpatient specialist care. On average, diagnosed individuals have 0.9 additional outpatient visits per year five years after diagnosis. There are also 10 percentage points more individuals with sick pay in the diagnosed group than their matched counterparts five years after diagnosis.

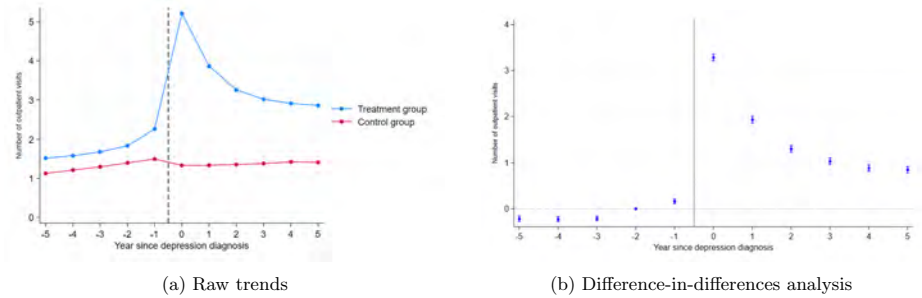


Figure 4: Number of outpatient visits

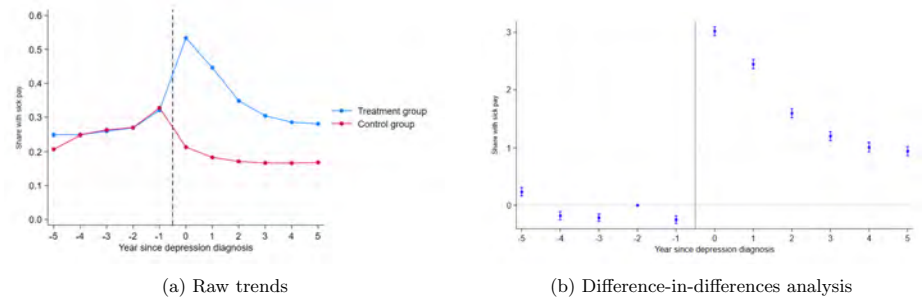


Figure 5: Share with sick pay

Overall, we find that depression significantly reduces relative labor income and work-related compensations in the years following diagnosis and increases the need for healthcare. This finding highlights the potential role of data in assisting policies in measuring and mitigating the economic consequences of mental health events.

5 Conclusion

This report demonstrates how linked administrative data can be used to evaluate the economic and social consequences of mental health conditions. By combining health registers with socioeconomic micro data, we show that a depression diagnosis is associated with persistent reductions in labor income, increased reliance on social assistance, and higher utilization of sickness benefits and healthcare services.

The results highlight that the burden of mental illness extends beyond the healthcare system. The long-term income losses and increased dependence on social transfers observed in our analysis suggest that depression can have lasting effects on individuals' economic stability and healthcare reliance.

From a methodological point of view, the analysis illustrates how linked, register-based data can be applied to policy evaluation. The ability to follow individuals across health, labor market, and social assistance aspects provides a useful framework for identifying policy-relevant issues and quantifying the impacts of health events. Overall, our study highlights how high-quality longitudinal administrative data can strengthen the ability for evidence-based policy making within public health.

Hälsoekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser

Fråga

Vilka folkhälsoinsatser inom de åtta folkhälsopolitiska målområdena har utvärderats ur ett hälsoekonomiskt perspektiv i Sverige?

Frågeställare: Utredningen om förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken

Bakgrund

Utredningen om förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken (S 2024:02) har regeringens uppdrag att lämna ändamålsenliga förslag på hur nuvarande uppföljningssystem av folkhälsopolitiken kan vidareutvecklas genom att kompletteras med hälsoekonomiska analyser.

Utredningen har vänt sig till SBU:s upplysningstjänst för hjälp med att inventera vilka folkhälsoinsatser som har utvärderats ur ett hälsoekonomiskt perspektiv i Sverige inom de åtta folkhälsopolitiska målområdena:

1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Frågeställning och avgränsningar

Upplysningstjänsten har tillsammans med frågeställaren formulerat frågan enligt följande PICO¹:

- Population:** Invånare i Sverige (hel befolkning eller särskild grupp). Riskgrupper tas med men inte grupper med diagnostiserad sjukdom.
- Intervention:** Folkhälsoinsats inom något av de åtta folkhälsopolitiska målområdena. Insatsen ska syfta till att främja hälsa och/eller förebygga sjukdom. Behandlingar/insatser mot redan existerande sjukdom exkluderas. Hypotetiska interventioner exkluderas.
- Control:** Ingen eller annan insats.
- Outcome:** Kostnad per effekt, där den senare är mätt i termer av hälsa/livskvalitet eller dylikt, samt cost benefit².

Upplysningstjänsten har gjort sökningar (Bilaga 1) i databasen Scopus.

Svaret omfattar både systematiska översikter och primärstudier.

Svaret har begränsats till artiklar publicerade från år 2010 och framåt där Sverige nämns i titel, abstrakt eller nyckelord.

Granskning av metodologisk kvalitet

Upplysningstjänsten har inte granskat studiernas metodologiska kvalitet och redovisar inte heller några resultat.

Resultat från sökningen

Upplysningstjänstens litteratursökning genererade totalt 3 090 artikelsammanfattningar (abstrakt). Ett flödesschema för urvalsprocessen visas i Bilaga 2. Två hälsoekonomer på SBU läste alla artikelsammanfattningar oberoende av varandra, följt av diskussion för att nå en gemensam bedömning. Sju översikter och 81 primärstudier bedömdes relevanta för frågan.

Systematiska översikter

SBU:s upplysningstjänst identifierade sju relevanta systematiska översikter. Översikterna finns listade och uppdelade efter folkhälsopolitiskt målområde i Bilaga 3. Indelningen efter folkhälsopolitiskt målområde gjordes av två hälsoekonomer individuellt, följt av diskussion för att nå en gemensam bedömning.

¹ PICO är en förkortning för patient/population/problem, intervention (insats, behandling)/, comparison/control (jämförelseintervention (insats, behandling)) och outcome (utfallsmått).

² Utfallet av en analys där effekterna uttrycks i monetära termer och analysens resultat presenteras som en nettokostnad.

Primärstudier

SBU:s upplysningstjänst identifierade 81 relevanta primärstudier. Studierna är listade och uppdelade efter folkhälsopolitiskt målområde i Bilaga 4. Indelningen efter folkhälsopolitiskt målområde gjordes av två hälsoekonomer individuellt, följt av diskussion för att nå en gemensam bedömning.

Projektgrupp

Detta svar är sammanställt av Martina Lundqvist och Anna Ringborg (hälsoekonomer), Carl Gornitzki (informationsspecialist), Sara Fundell (projektadministratör), Irene Edebert (produktansvarig), Jenny Berg, Thérèse Eriksson, Johanna Wiss (interna sakkunniga) samt Pernilla Östlund (avdelningschef) vid SBU.

KORT SVAR FRÅN SBU:S UPPLYSNINGSTJÄNST Dnr SBU 2024/789
Hälsoekonomiska utvärderingar av folkhälsosatsar
6 februari 2024

Bilaga 1 Dokumentation av sökstrategier

Appendix 1 Search strategies

If all or a substantive part of the search strategies below are reused in another publication, please cite this report!

Scopus via Elsevier 5 November 2024

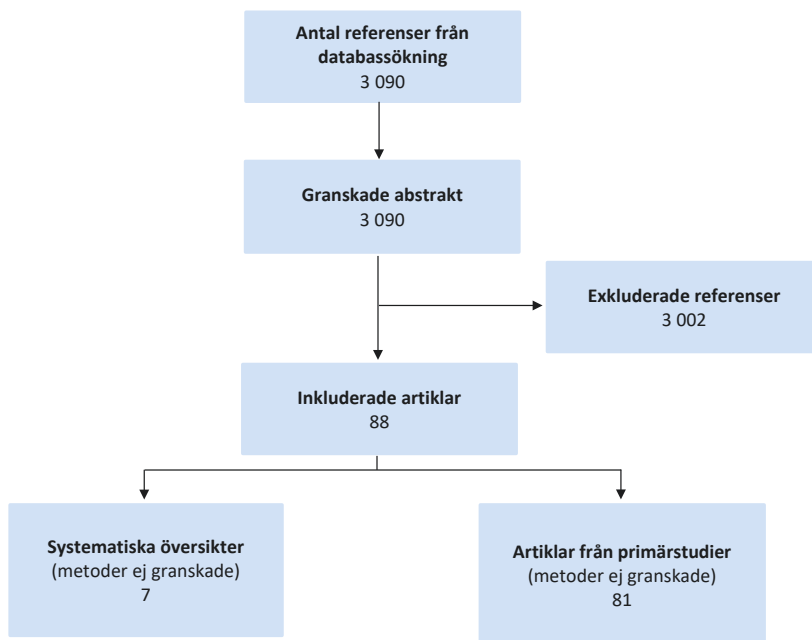
Search terms	Items found
Health economics: Search Filter CADTH Narrow³	
1. ((TITLE-ABS-KEY(economic W/1 model*)) OR (TITLE("cost minimi*" OR cost-utilit* OR "health utilit*" OR "economic evaluation*" OR "economic review*" OR "cost outcome" OR "cost analysis" OR "cost analyses" OR "economic analysis" OR "economic analyses" OR "budget* impact analysis" OR "budget* impact analyses")) OR (AUTHKEY("cost minimi*" OR cost-utilit* OR "health utilit*" OR "economic evaluation*" OR "economic review*" OR "cost outcome" OR "cost analysis" OR "cost analyses" OR "economic analysis" OR "economic analyses" OR "budget* impact analysis" OR "budget* impact analyses")) OR (TITLE(cost-effective* OR pharmaco-economic* OR pharmaco-economic* OR cost-benefit OR costs) OR (AUTHKEY(cost-effective* OR pharmaco-economic* OR pharmaco-economic* OR cost-benefit OR costs)) OR (ABS("life year" OR "life years" OR qaly* OR "cost-benefit analysis" OR "cost-benefit analyses" OR "cost-effectiveness analysis" OR "cost-effectiveness analyses")) OR (AUTHKEY("life year" OR "life years" OR qaly* OR "cost-benefit analysis" OR "cost-benefit analyses" OR "cost-effectiveness analysis" OR "cost-effectiveness analyses")) OR (((TITLE(cost OR economic*)) OR (AUTHKEY(cost OR economic*))) AND (ABS(costs OR cost-effectiveness OR markov OR "monte carlo" OR model OR modeling OR modelling))))))	764 492
Context: Sweden	
2. TITLE-ABS-KEY (swed*)	260 248
Combined sets	
3. 1 AND 2	5213
4. 3 AND PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2025	3092
Final result	
5.	3092

The final search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

TITLE-ABS-KEY = Title or abstract or keywords; **W** = "Within"; the terms in the search must be within a specified number of terms (n) in any order.; * = Truncation; " " = Quotation marks, searches for a phrase

³ <https://searchfilters.cda-amc.ca/link/20>

Bilaga 2 Flödesschema för urval av artiklar Appendix 2 Flow chart for study selection



Bilaga 3 Inkluderade systematiska översikter

Appendix 3 Included systematic reviews

Målområde 2: Kunskap, kompetenser och utbildning

1. Feldman I, Gebreslassie M, Sampaio F, Nystrand C, Sregonja R. Economic Evaluations of Public Health Interventions to Improve Mental Health and Prevent Suicidal Thoughts and Behaviours: A Systematic Literature Review. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res.* 2021;48(2):299-315. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01072-9>.

Målområde 6: Levnadsvanor

1. Gebreslassie M, Sampaio F, Nystrand C, Sregonja R, Feldman I. Economic evaluations of public health interventions for physical activity and healthy diet: A systematic review. *Prev Med.* 2020;136. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106100>.
2. Nystrand C, Gebreslassie M, Sregonja R, Feldman I, Sampaio F. A systematic review of economic evaluations of public health interventions targeting alcohol, tobacco, illicit drug use and problematic gambling: Using a case study to assess transferability. *Health Policy.* 2021;125(1):54-74. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.09.002>.

Målområde 8: En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

1. Gordon LG, Rowell D. Health system costs of skin cancer and cost-effectiveness of skin cancer prevention and screening: A systematic review. *Eur J Cancer Prev.* 2015;24(2):141-9. Available from: <https://doi.org/10.1097/CEJ.000000000000056>.
2. Lao C, Brown C, Rouse P, Edlin R, Lawrenson R. Economic evaluation of prostate cancer screening: A systematic review. *Future Oncol.* 2015;11(3):467-77. Available from: <https://doi.org/10.2217/fon.14.273>.
3. Schmidt M, Werbrouck A, Verhaeghe N, Putman K, Simoens S, Annemans L. Universal Mental Health Interventions for Children and Adolescents: A Systematic Review of Health Economic Evaluations. *Appl Health Econ Health Policy.* 2020;18(2):155-75. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40258-019-00524-0>.

Ej möjlig att kategorisera

1. Bajraktari S, Sandlund M, Zingmark M. Health-promoting and preventive interventions for community-dwelling older people published from inception to 2019: a scoping review to guide decision making in a Swedish municipality context. *Arch Public Health.* 2020;78(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00480-5>.

Bilaga 4 Inkluderade primärstudier

Appendix 4 Included primary studies

Målområde 1: Det tidiga livets villkor

- Anderson M, Davidson T, Dahllöf G, Grindefjord M. Economic evaluation of an expanded caries-preventive program targeting toddlers in high-risk areas in Sweden. *Acta Odontol Scand.* 2019;77(4):303-9. Available from: <https://doi.org/10.1080/00016357.2018.1548709>.
- Appelberg K, Sörensen L, Zetterström RH, Henriksson M, Wedell A, Levin LÅ. Cost-Effectiveness of Newborn Screening for Phenylketonuria and Congenital Hypothyroidism. *J Pediatr.* 2023;256:38-43.e3. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2022.10.046>.
- Asper MM, Hallén N, Lindberg L, Månsdotter A, Carlberg M, Wells MB. Screening fathers for postpartum depression can be cost-effective: An example from Sweden. *J Affective Disord.* 2018;241:154-63. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.044>.
- By Å, Sobocki P, Forsgren A, Silfverdal SA. Comparing Health Outcomes and Costs of General Vaccination with Pneumococcal Conjugate Vaccines in Sweden: A Markov Model. *Clin Ther.* 2012;34(1):177-89. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2011.12.007>.
- Derwig M, Tiberig I, Björk J, Welander Tärneberg A, Hallström IK. A child-centered health dialogue for the prevention of obesity in child health services in Sweden – A randomized controlled trial including an economic evaluation. *Obes Sci Pract.* 2022;8(1):77-90. Available from: <https://doi.org/10.1002/osp4.547>.
- Döring N, Zethraeus N, Tynelius P, de Munter J, Sonntag D, Rasmussen F. Economic evaluation of primrose-a trial-based analysis of an early childhood intervention to prevent obesity. *Front Endocrinol.* 2018;9(MAR). Available from: <https://doi.org/10.3389/fendo.2018.00104>.
- Fridh AC, Palmberg A, Ta A, Freigofaite D, Warren S, Perdrizet J. An economic evaluation of pneumococcal conjugate vaccines, PCV20 versus PCV15, for the prevention of pneumococcal disease in the Swedish pediatric population. *Hum Vaccines Immunother.* 2024;20(1). Available from: <https://doi.org/10.1080/21645515.2024.2400751>.
- Häggström J, Sampaio F, Eurenien E, Pulkki-Brännström AM, Ivarsson A, Lindkvist M, et al. Is the Salut Programme an effective and cost-effective universal health promotion intervention for parents and their children? A register-based retrospective observational study. *BMJ Open.* 2017;7(9). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016732>.
- Klok RM, Lindkvist RM, Ekelund M, Farkouh RA, Stratton DR. Cost-Effectiveness of a 10- Versus 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine in Denmark and Sweden. *Clin Ther.* 2013;35(2):119-34. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2012.12.006>.
- Nystrand C, Feldman I, Enebrink P, Sampaio F. Cost-effectiveness analysis of parenting interventions for the prevention of behaviour problems in children. *PLoS ONE.* 2019;14(12). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225503>.
- Nystrand C, Helander M, Enebrink P, Feldman I, Sampaio F. Adding the Coping Power Programme to parent management training: the cost-effectiveness of stacking interventions for children with disruptive behaviour disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2021;30(10):1603-14. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01638-w>.
- Nystrand C, Hultkrantz L, Vimefall E, Feldman I. Economic Return on Investment of Parent Training Programmes for the Prevention of Child Externalising Behaviour Problems. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res.* 2020;47(2):300-15. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00984-5>.
- Sampaio F, Häggström J, Sregonja R, Eurenien E, Ivarsson A, Pulkki-Brännström AM, et al. Health and economic outcomes of a universal early intervention for parents and children from

- birth to age five: evaluation of the Salut Programme using a natural experiment. *Cost Eff Resour Allocat.* 2023;21(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00439-7>.
14. Sampaio F, Sarkadi A, Salari R, Zethraeus N, Feldman I. Cost and effects of a universal parenting programme delivered to parents of preschoolers. *Eur J Public Health.* 2015;25(6):1035-42. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv106>.
 15. Ulfsdotter M, Lindberg L, Månsdotter A. A cost-effectiveness analysis of the Swedish universal parenting program all children in focus. *PLoS ONE.* 2015;10(12). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145201>.
 16. Wellander L, Wells MB, Feldman I. Does prevention pay? Costs and potential cost-savings of school interventions targeting children with mental health problems. *J Mental Health Policy Econ.* 2016;19(2):91-101.
 17. Wennhall I, Norlund A, Matsson L, Twetman S. Cost-analysis of an oral health outreach program for preschool children in a low socioeconomic multicultural area in Sweden. *Swed Dent J.* 2010;34(1):1-7.
 18. Wikström T, Kuusela P, Jacobsson B, Hagberg H, Lindgren P, Svensson M, et al. Cost-effectiveness of cervical length screening and progesterone treatment to prevent spontaneous preterm delivery in Sweden. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022;59(6):778-92. Available from: <https://doi.org/10.1002/uog.24884>.
 19. Zakiyah N, Tuytten R, Baker PN, Kenny LC, Postma MJ, van Asselt ADI. Early cost-effectiveness analysis of screening for preeclampsia in nulliparous women: A modelling approach in European high-income settings. *PLoS ONE.* 2022;17(4 April). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267313>.

Målnråde 2: Kunskap, kompetenser och utbildning

1. Beckman L, Svensson M. The cost-effectiveness of the Olweus Bullying Prevention Program: Results from a modelling study. *J Adolesc.* 2015;45:127-37. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.07.020>.
2. Deogan C, Zarabi N, Stenström N, Högberg P, Skärstrand E, Manrique-Garcia E, et al. Cost-Effectiveness of School-Based Prevention of Cannabis Use. *Appl Health Econ Health Policy.* 2015;13(5):525-42. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40258-015-0175-4>.
3. Klapp A, Belfield C, Bowden B, Levin H, Shand R, Zander S. A benefit-cost analysis of a long-term intervention on social and emotional learning in compulsory school. *Int J Emot Educ.* 2017;9(1):3-19.
4. Persson M, Wennberg L, Beckman L, Salmivalli C, Svensson M. The Cost-Effectiveness of the Kiva Antibullying Program: Results from a Decision-Analytic Model. *Prev Sci.* 2018;19(6):728-37. Available from: <https://doi.org/10.1007/s1121-018-0893-6>.
5. Tholén SL, Hultkrantz L, Persson M. Economic evaluation of supported-employment inspired program for pupils with intellectual disabilities. *Nord J of Work Life Stud.* 2017;7(1):69-86. Available from: <https://doi.org/10.18291/njwls.v7i1.81401>.

Målnråde 3: Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

1. Severin J, Svensson M, Akerstrom M. Cost-Benefit Evaluation of an Organizational-Level Intervention Program for Decreasing Sickness Absence among Public Sector Employees in Sweden. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(5). Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19052998>.

Målområde 4: Inkomster och försörjningsmöjligheter

Inga studier funna.

Målområde 5: Boende och närmiljö

1. Bonander C, Holmberg R. Estimating the effects of a studded footwear subsidy program on pedestrian falls among older adults in Gothenburg, Sweden. *Accid Anal Prev.* 2019;132. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2019.105282>.
2. Bonander C, Holmberg R, Gustavsson J, Svensson M. Model-based economic evaluation of ice cleat distribution programmes for the prevention of outdoor falls among adults from a Swedish societal perspective. *Injury Prev.* 2022;28(2):125-30. Available from: <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2021-044203>.
3. Kriit HK, Nilsson Sommar J, Forsberg B, Åström S, Svensson M, Johansson C. A health economic assessment of air pollution effects under climate neutral vehicle fleet scenarios in Stockholm, Sweden. *J Transp Health.* 2021;22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jth.2021.101084>.
4. Kriit HK, Williams JS, Lindholm L, Forsberg B, Sommar JN. Health economic assessment of a scenario to promote bicycling as active transport in Stockholm, Sweden. *BMJ Open.* 2019;9(9). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030466>.
5. Lindqvist K. Motala Municipality - a sustainable Safe Community in Sweden. *Int J Injury Cont Saf Promot.* 2012;19(3):249-59. Available from: <https://doi.org/10.1080/17457300.2012.692692>.
6. Mueller N, Rojas-Rueda D, Salmon M, Martinez D, Ambros A, Brand C, et al. Health impact assessment of cycling network expansions in European cities. *Prev Med.* 2018;109:62-70. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.12.011>.
7. Rutter H, Cavill N, Racioppi F, Dinsdale H, Oja P, Kahlmeier S. Economic impact of reduced mortality due to increased cycling. *Am J Prev Med.* 2013;44(1):89-92. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.09.053>.
8. Svensson M, Barregård L, Axelsson G, Andersson E. A cost-effectiveness analysis of lowering residential radon levels in Sweden—Results from a modelling study. *Health Policy.* 2018;122(6):687-92. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.009>.

Målområde 6: Levnadsvanor

1. Eriksson MK, Hagberg L, Lindholm L, Malmgren-Olsson EB, Österlind J, Eliasson M. Quality of Life and Cost-effectiveness of a 3-Year Trial of Lifestyle Intervention in Primary Health Care. *Arch Intern Med.* 2010;170(16):1470-9. Available from: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.301>.
2. Feldman I, Helgason AR, Johansson P, Tegelman A, Nohlert E. Cost-effectiveness of a high-intensity versus a low-intensity smoking cessation intervention in a dental setting: Long-term follow-up. *BMJ Open.* 2019;9(8). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030934>.
3. Feldman I, Hellström L, Johansson P. Heterogeneity in cost-effectiveness of lifestyle counseling for metabolic syndrome risk groups -primary care patients in Sweden. *Cost Eff Resour Allocat.* 2013;11(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/1478-7547-11-19>.
4. Gebreslassie M, Galanti MR, Feldman I, Lager A. Should Nicotine Replacement Therapy be Provided Free of Charge? A Cost-Utility Analysis in Sweden. *Nicotine Tob Res.* 2023;25(11):1762-9. Available from: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntad103>.

5. Gyllensten H, Haby K, Berg M, Premberg Å. Cost effectiveness of a controlled lifestyle intervention for pregnant women with obesity. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04098-5>.
6. Hagberg L, Winkvist A, Brekke HK, Bertz F, Hellebø Johansson E, Huseinovic E. Cost-effectiveness and quality of life of a diet intervention postpartum: 2-year results from a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2019;19(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6356-y>.
7. Lindholm L, Stenling A, Norberg M, Stenlund H, Weinehall L. A cost-effectiveness analysis of a community based CVD program in Sweden based on a retrospective register cohort. *BMC Public Health*. 2018;18(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5339-3>.
8. Neumann A, Lindholm L, Norberg M, Schoffer O, Klug SJ, Norström F. The cost-effectiveness of interventions targeting lifestyle change for the prevention of diabetes in a Swedish primary care and community based prevention program. *Eur J Health Econ*. 2017;18(7):905-19. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10198-016-0851-9>.
9. Nohlert E, Helgason AR, Tillgren P, Tegelberg A, Johansson P. Comparison of the cost-effectiveness of a high and a low-intensity smoking cessation intervention in Sweden: A randomized trial. *Nicotine Tob Res*. 2013;15(9):1519-27. Available from: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt009>.
10. Philipsson A, Duberg A, Möller M, Hagberg L. Cost-utility analysis of a dance intervention for adolescent girls with internalizing problems. *Cost Eff Resour Allocat*. 2013;11(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/1478-7547-11-4>.
11. Ryen L, Lundqvist S, Cider Å, Börjesson M, Larsson MEH, Hagberg L. Cost-Effectiveness of Prolonged Physical Activity on Prescription in Previously Non-Complying Patients: Impact of Physical Activity Mediators. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(5). Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph20053801>.
12. Saha S, Carlsson KS, Gerdtham UG, Eriksson MK, Hagberg L, Eliasson M, et al. Are lifestyle interventions in primary care cost-effective? - An analysis based on a Markov model, differences-in-differences approach and the Swedish Björknäs study. *PLoS ONE*. 2013;8(11). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080672>.
13. Sampaio F, Ssegona R, Thiblin I, Nystrand C. A model for evaluating the economic value of prevention programs for illicit use of anabolic androgenic steroids. *Health Policy*. 2021;125(6):807-13. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.03.001>.
14. Virtanen SE, Galanti MR, Johansson PM, Feldman I. Economic evaluation of a brief counselling for smoking cessation in dentistry: A case study comparing two health economic models. *BMJ Open*. 2017;7(7). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016375>.

Målområde 7: Kontroll, inflytande och delaktighet

Inga studier funna.

Målområde 8: En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

1. Aronsson M, Carlsson P, Levin LÅ, Hager J, Hultcrantz R. Cost-effectiveness of high-sensitivity faecal immunochemical test and colonoscopy screening for colorectal cancer. *Br J Surg*. 2017;104(8):1078-86. Available from: <https://doi.org/10.1002/bjs.10536>.
2. Aronsson M, Svennberg E, Rosenqvist M, Engdahl J, Al-Khalili F, Friberg L, et al. Cost-effectiveness of mass screening for untreated atrial fibrillation using intermittent ECG recording. *Europace*. 2015;17(7):1023-9. Available from: <https://doi.org/10.1093/europace/euv083>.

3. Bergengren L, Ryen L, Flodström C, Fadl H, Udumyren R, Karlsson MG, et al. Effectiveness and costs of an implemented primary HPV cervical screening programme in Sweden – A population based cohort study. *Preventive Med Reports*. 2022;25. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101675>.
4. Bergström EK, Davidson T, Moberg Sköld U. Cost-Effectiveness through the Dental-Health FRAMM Guideline for Caries Prevention among 12- to 15-Year-Olds in Sweden. *Caries Res*. 2019;53(3):339-46. Available from: <https://doi.org/10.1159/000495360>.
5. Bergström EK, Lingström P, Hakeberg M, Gahnberg L, Sköld UM. Caries and costs: An evaluation of a school-based fluoride varnish programme for adolescents in a Swedish region. *Community Dent Health*. 2016;33(2):138-44. Available from: https://doi.org/10.1922/CDH_3875Bergström07.
6. Davidson T, Bergström EK, Husberg M, Sköld UM. Long-Term Cost-Effectiveness through the Dental-Health FRAMM Guideline for Caries Prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4). Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19041954>.
7. Deogan CL, Månsson AM, Hansson Bocangel MK, Wamala SP. A cost-effectiveness analysis of the Chlamydia Monday - A community-based intervention to decrease the prevalence of chlamydia in Sweden. *Scand J Public Health*. 2010;38(2):141-50. Available from: <https://doi.org/10.1177/1403494809357260>.
8. Fogelberg S, Clements MS, Pedersen K, Sy S, Sparén P, Kim JJ, et al. Cost-effectiveness of cervical cancer screening with primary HPV testing for unvaccinated women in Sweden. *PLoS ONE*. 2020;15(9 September). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239611>.
9. Fridhammar A, Axelsson U, Persson U, Bjartell A, Borrebaeck CAK. The Value of a New Diagnostic Test for Prostate Cancer: A Cost-Utility Analysis in Early Stage of Development. *Pharmacoecon Open*. 2021;5(1):77-88. Available from: <https://doi.org/10.1007/s41669-020-00226-7>.
10. Hager J, Henriksson M, Carlsson P, Länne T, Lundgren F. Revisiting the cost-effectiveness of screening 65-year-old men for abdominal aortic aneurysm based on data from an implemented screening program. *Int Angiol*. 2017;36(6):517-25. Available from: <https://doi.org/10.23736/S0392-9590.16.03777-9>.
11. Hao S, Discacciati A, Eklund M, Heintz E, Östenson E, Elfström KM, et al. Cost-effectiveness of Prostate Cancer Screening Using Magnetic Resonance Imaging or Standard Biopsy Based on the STHLM3-MRI Study. *JAMA Oncol*. 2023;9(1):88-94. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2022.5252>.
12. Hao S, Heintz E, Östenson E, Discacciati A, Jäderling F, Grönberg H, et al. Cost-Effectiveness of the Stockholm3 Test and Magnetic Resonance Imaging in Prostate Cancer Screening: A Microsimulation Study. *Eur Urol*. 2022;82(1):12-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2021.12.021>.
13. Hao S, Karlsson A, Heintz E, Elfström KM, Nordström T, Clements M. Cost-Effectiveness of Magnetic Resonance Imaging in Prostate Cancer Screening: A Microsimulation Study. *Value Health*. 2021;24(12):1763-72. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ival.2021.06.001>.
14. Hultgren R, Linné A, Svensjö S. Cost-effectiveness of targeted screening for abdominal aortic aneurysm in siblings. *Br J Surg*. 2019;106(3):206-16. Available from: <https://doi.org/10.1002/bjs.11047>.
15. Högberg D, Mani K, Wanhaien A, Svensjö S. Clinical Effect and Cost-Effectiveness of Screening for Asymptomatic Carotid Stenosis: A Markov Model. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2018;55(6):819-27. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eivs.2018.02.029>.
16. Jacob J, Biering-Sørensen T, Holger Ehlers L, Edwards CH, Mohn KGI, Nilsson A, et al. Cost-Effectiveness of Vaccination of Older Adults with an MF59®-Adjuvanted Quadrivalent Influenza

KORT SVAR FRÅN SBU:S UPPLYSNINGSTJÄNST Dnr SBU 2024/789
Hälsoekonomiska utvärderingar av folkhälsosatsar
6 februari 2024

- Vaccine Compared to Standard-Dose and High-Dose Vaccines in Denmark, Norway, and Sweden. *Vaccines*. 2023;11(4). Available from: <https://doi.org/10.3390/vaccines11040753>.
17. Karlsson AA, Hao S, Jauhiainen A, Elfström KM, Egevad L, Nordström T, et al. The cost-effectiveness of prostate cancer screening using the Stockholm3 test. *PLoS ONE*. 2021;16(2 February). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246674>.
 18. Lindkvist RM, Steen Carlsson K, Daukantaitė D, Flyckt L, Westling S. Brief admission by self-referral as an add-on to usual care for individuals with self-harm at risk of suicide: cost-effectiveness and 4-year health-economic consequences after a Swedish randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*. 2024;78(6):497-506. Available from: <https://doi.org/10.1080/08039488.2024.2366854>.
 19. Lundqvist M, Davidson T, Ordell S, Sjöström O, Zimmerman M, Sjögren P. Health economic analyses of domiciliary dental care and care at fixed clinics for elderly nursing home residents in Sweden. *Community Dent Health*. 2015;32(1):39-43. Available from: https://doi.org/10.1922/CDH_3407Lundqvist05.
 20. Martínez de Alva P, Ghaderi A, Andersson G, Feldman I, Sampaio F. The cost-effectiveness of a virtual intervention to prevent eating disorders in young women in Sweden. *Int J Eating Disord*. 2023;56(10):1887-97. Available from: <https://doi.org/10.1002/eat.24018>.
 21. Nord M, Lyth J, Alwin J, Marcusson J. Costs and effects of comprehensive geriatric assessment in primary care for older adults with high risk for hospitalisation. *BMC Geriatr*. 2021;21(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02166-1>.
 22. Nord M, Lyth J, Marcusson J, Alwin J. Cost-Effectiveness of Comprehensive Geriatric Assessment Adapted to Primary Care. *J Am Med Dir Assoc*. 2022;23(12):2003-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.04.007>.
 23. Norström F, Myléus A, Nordyke K, Carlsson A, Högberg L, Sandström O, et al. Is mass screening for coeliac disease a wise use of resources? A health economic evaluation. *BMC Gastroenterol*. 2021;21(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12876-021-01737-1>.
 24. Qendri V, Bogaards JA, Baussano I, Lazzarato F, Vänskä S, Berkhof J. The cost-effectiveness profile of sex-neutral HPV immunisation in European tender-based settings: a model-based assessment. *Lancet Public Health*. 2020;5(11):e592-e603. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30209-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30209-7).
 25. Shedrawy J, Deogan C, Öhd JN, Hergens MP, Bruchfeld J, Jonsson J, et al. Cost-effectiveness of the latent tuberculosis screening program for migrants in Stockholm Region. *Eur J Health Econ*. 2021;22(3):445-54. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01265-5>.
 26. Shedrawy J, Henriksson M, Hergens MP, Askling HH. Estimating costs and health outcomes of publicly funded tick-borne encephalitis vaccination: A cost-effectiveness analysis. *Vaccine*. 2018;36(50):7659-65. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.10.086>.
 27. Sjöström O, Lindholm L, Melin B. Colonoscopic surveillance—a cost-effective method to prevent hereditary and familial colorectal cancer. *Scand J Gastroenterol*. 2017;52(9):1002-7. Available from: <https://doi.org/10.1080/00365521.2017.1327615>.
 28. Sregonja R, Sampaio F, Alaie I, Phillipson A, Hagberg L, Murray K, et al. Cost-effectiveness of an indicated preventive intervention for depression in adolescents: a model to support decision making. *J Affective Disord*. 2020;277:789-99. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.076>.
 29. Wanhainen A, Hultgren R, Linné A, Holst J, Gottsäter A, Langenskiöld M, et al. Outcome of the Swedish Nationwide abdominal aortic aneurysm screening program. *Circulation*. 2016;134(16):1141-8. Available from: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.022305>.
 30. Wolff E, Elfström KM, Haugen Cange H, Larsson S, Englund H, Sparén P, et al. Cost-effectiveness of sex-neutral HPV-vaccination in Sweden, accounting for herd-immunity and

- sexual behaviour. *Vaccine*. 2018;36(34):5160-5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.07.018>.
31. Wolff E, Storsaeter J, Naucle P, Larsson S, Lepp T, Roth A. Cost-effectiveness of pneumococcal vaccination for elderly in Sweden. *Vaccine*. 2020;38(32):4988-95. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.05.072>.
 32. Wolff E, Widgren K, Tomba GS, Roth A, Lep T, Andersson S. Cost-effectiveness of varicella and herpes zoster vaccination in Sweden: An economic evaluation using a dynamic transmission model. *PLoS ONE*. 2021;16(5 May). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251644>.
 33. Zhang Y, Kivipelto M, Solomon A, Wimo A. Cost-effectiveness of a health intervention program with risk reductions for getting demented: Results of a Markov model in a Swedish/Finnish setting. *J Alzheimer's Dis*. 2011;26(4):735-44. Available from: <https://doi.org/10.3233/JAD-2011-110065>.
 34. Östensson E, Hellström AC, Hellman K, Gustavsson I, Gyllensten U, Wilander E, et al. Projected cost-effectiveness of repeat high-risk human papillomavirus testing using self-collected vaginal samples in the Swedish cervical cancer screening program. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(7):830-40. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.12143>.

Statens offentliga utredningar 2026

Kronologisk förteckning

1. Skatteincitament för forskning och utveckling – ett nytt incitament baserat på utgifter för FoU-personal. Fi.
2. 710 miljoner skäl till reformer. Ju.
3. Genomförande av plattformsdirektivet. A.
4. Rektor i fokus – förutsättningar för ett pedagogiskt ledarskap. U.
5. Utvidgad avdragsrätt för sponsring m.m. Fi.
6. En nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården. Styrning med tydliga roller och ansvar för aktörerna. S.
7. Förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken.
Del I: Effektivare folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser.
Del II: Utvärdering av alkoholpolitikens styrmedel. S.

Statens offentliga utredningar 2026

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Genomförande av plattformsdirektivet. [3]

Finansdepartementet

Skatteincitament för forskning och utveckling – ett nytt incitament baserat på utgifter för FoU-personal. [1]

Utvidgad avdragsrätt för sponsring m.m. [5]

Justitiedepartementet

710 miljoner skäl till reformer. [2]

Socialdepartementet

En nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården. Styrning med tydliga roller och ansvar för aktörerna. [6]

Förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken.
Del I: Effektivare folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser.
Del II: Utvärdering av alkoholpolitikens styrmedel. [7]

Utbildningsdepartementet

Rektor i fokus – förutsättningar för ett pedagogiskt ledarskap. [4]