



Socialdepartementet  
103 33 Stockholm

## Regeringsuppdrag

### **Forskning som belyser sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt samt medverkan i CSDH:s s.k. country work-grupp**

Regeringen har gett Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att redovisa nationell och internationell forskning som belyser det eventuella sambandet mellan god folkhälsa och ekonomisk tillväxt. I uppdraget ingår att delta som svensk representant i den arbetsgrupp inom WHO:s kommission om de sociala determinanterna för hälsa (Commission on the Social Determinants of Health, CSDH) som under 2007 kommer att arbeta med frågan (den s.k. country work-gruppen). Uppdraget skall redovisas till regeringen (Socialdepartementet) senast den 31 december 2007.

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektör Gunnar Ågren. Föredragande har varit folkhälsopolitisk expert Bernt Lundgren. Utredare Kenth Hermansson har medverkat med underlagsmaterial inom området hälsa och ekonomisk utveckling.

Gunnar Ågren

Bernt Lundgren

#### **Statens folkhälsoinstitut**

Postadress  
831 40 ÖSTERSUND  
Besöksadress  
Forskarens väg 3

Telefon  
vx 063-19 96 00  
mob

Telefax  
vx 063-19 96 02

E-post  
info@fhi.se

## Uppdraget

Regeringen gav i regleringsbrevet för budgetåret 2007 Statens folkhälsoinstitut i uppdrag (Dnr S2006/7225/FH, S2006/8600/FH och S2006/10212/SK delvis) att ”sammanställa resultat från befintlig nationell och internationell forskning som belyser det eventuella sambandet mellan god folkhälsa och ekonomisk tillväxt. I uppdraget ingår att delta som svensk representant i den arbetsgrupp inom WHO:s kommission om de sociala determinanterna för hälsa (Commission on the Social Determinants of Health, CSDH) som under 2007 kommer att arbeta med frågan (den s.k. country work-gruppen). Uppdraget skall redovisas till regeringen (Socialdepartementet) senast den 31 december 2007.”

## Hälsa och ekonomisk tillväxt

I denna återrapportering redovisas två internationella rapporter och en svensk rapport som samtliga styrker sambandet mellan hälsa och ekonomisk utveckling. De internationella rapporterna är: *The contribution of health to the economy of the European Union* och *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. Den svenska rapporten heter *Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling*.

### Sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt i en rapport om hälsans bidrag till ekonomin i EU

År 2001 redovisade WHO en rapport från *The Commission on Macroeconomics and Health*<sup>1</sup> som visade att förbättringar i hälsa är en viktig strategi för ekonomisk tillväxt och minskning av fattigdom i låg- och medelinkomstländer. Denna rapport följdes år 2005 av en översikt om evidens beträffande hälsans effekter på ekonomin i höginkomstländer, särskilt EU. Rapporten *The contribution of health to the economy of the European Union*<sup>2</sup> bygger på ett stort antal studier och framhåller att det finns starka ekonomiska skäl att investera i hälsa om Europas globala konkurrensförmåga ska kunna upprätthållas.

Rapporten utgår från en teoretisk ram, hämtad från Bloom och Canning<sup>3</sup>, där man tänker sig att en god hälsa kan påverka den ekonomiska utvecklingen på fyra sätt: den ger högre produktivitet, ökat arbetsutbud, förbättrade yrkeskunskaper som ett resultat av höge utbildning och arbetsträning, samt ett ökat sparande som kan användas för investeringar i både fysiskt och intellektuellt kapital.

---

<sup>1</sup> Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: World Health Organization; 2001.

<sup>2</sup> Suhrcke M, McKee M, Sauto Arce R, Tsovala S, Mortensen J. *The contribution of health to the economy of the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2005.

<sup>3</sup> Bloom DE, Canning D. The health and wealth of nations. *Science* 2000;287:1207-09.

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

#### *Effekter av hälsa på individ- och hushållsnivå*

Ett stort antal studier visar att dålig hälsa påverkar människors löner och inkomster negativt. Storleken på effekterna varierar i olika studier på grund av hälsomått och forskningsmetoder. Medan ett stort antal studier har belyst det nämnda sambandet inom höginkomstländer är studier som avser europeiska länder relativt få.

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

Ett stort antal studier, huvudsakligen från USA men under senare tid också från Europa, visar att en god hälsa ökar sannolikheten för individer att delta i arbetskraften med följd att arbetsutbudet ökar. Flera studier visar också att det finns ett klart samband mellan ohälsa och individernas överväganden att pensionera sig i förtid, men detta har också visat sig påverkas mycket av de institutionella ramarna, utformningen av pensionsförsäkringar och pensionsregler, vilket försvårar jämförelser mellan länder. Arbetsdeltagandet påverkas dessutom inte bara av den enskilda individens hälsa utan även av hälsosituationen hos dem som ingår i hushållet. Föräldrar är t.ex. tvungna att anpassa sitt beteende på arbetsmarknaden om deras barn blir sjuka.

Människors utbildning påverkas på flera sätt. Teorier om humankapital betonar att individer med bättre utbildning är mer produktiva och därmed även kan få högre inkomster. En god hälsa och bra kognitiva funktioner under barndomen ger bättre förutsättningar för primär kunskapsinhämtning och högre framtida produktivitet. Bättre hälsa ger också en längre livslängd och starkare motiv för människor att investera i t.ex. utbildning för att förbättra sina framtida inkomster. Detta är något som inte har studerats i samma utsträckning för höginkomstländer som för låginkomstländer. En viktig effekt av en ökad förväntad livslängd är att sparandet ökar hos människor som förväntar sig att leva ett längre och hälsosammare liv. Detta är betydelsefullt eftersom det är ett individuellt beslut som kan ha direkta effekter på

tillväxten genom att det medför en ökad sparkvot som kan användas för investeringar i produktionen.

En del av den teoretiska ram som EU-rapporten utgår ifrån rör humankapitalets bidrag till ekonomisk tillväxt. Rapporten hänvisar till den makroekonomiska neoklassiska teorin, där den ekonomiska tillväxten beror på kapitalstocken, arbetskraftens storlek och produktivitet. Förändringar i produktiviteten tänks bero på de teknologiska framstegen. Inom den s.k. endogena tillväxtteorin har försök gjorts att förklara vad som driver fram produktiviteten och förändringar i teknologin.<sup>4</sup> Teorin har särskilt fokuserat på investeringar i humankapital, främst som högre utbildad arbetskraft.

I rapporten hänvisar man även till ekonomen Gary Beckers teorier som förklarar att individer kan tänkas investera i utbildning för att höja framtida inkomster.<sup>5</sup> Becker har också lyft fram hälsa som en del av humankapitalet, vilket Beckers elev Michael Grossman senare utvecklade.<sup>6</sup> Grossman såg hälsa dels som något människor kan konsumera, dels ett kapital som de investerar i. Som konsumtion är hälsa en del i nyttofunktionen, som kapital sänker det antalet sjukdagar och ökar antalet dagar en person står till arbetsmarknadens förfogande. Hälsa är därför inte enbart något som efterfrågas utan också något som produceras av individerna genom att de kan minska deprecieringstakten på den hälsostatus de har från födseln.

#### *Från mikro- till makroperspektiv på hälsa*

En tanke som finns hos författarna till EU-rapporten är att föra upp de mikroekonomiska effekterna av hälsa till det makroekonomiska planet och se effekterna på BNP-tillväxten. Det finns flera olika studier som gör det och som refereras. Även historiska studier lyfts fram, bl.a. av Fogel<sup>7</sup> och Arora<sup>8</sup>, där enskilda länder följs över längre tid och där man visar på positiva samband mellan hälsa och ekonomisk tillväxt.

De studier där hälsa ses som en direkt faktor för ekonomisk utveckling är dels de som utgår från den aggregerade produktionsfunktionen för tillväxt som söker förklaringar till variationer i inkomst per capita, dels de som utgår från regressionsanalyser av flera länders tillväxt med hjälp

---

<sup>4</sup> Mankiw N G, Romer D, Weil D N. A Contribution to the Empirics of Economic Growth. *The Quarterly Journal of Economics* 1992;107(2):407-437.

<sup>5</sup> Becker G S. Investment in Human Capital: A theoretical analysis. *The Journal of Political Economy* 1964;70(5):9-49

<sup>6</sup> Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy* 1972;80(2):223-255

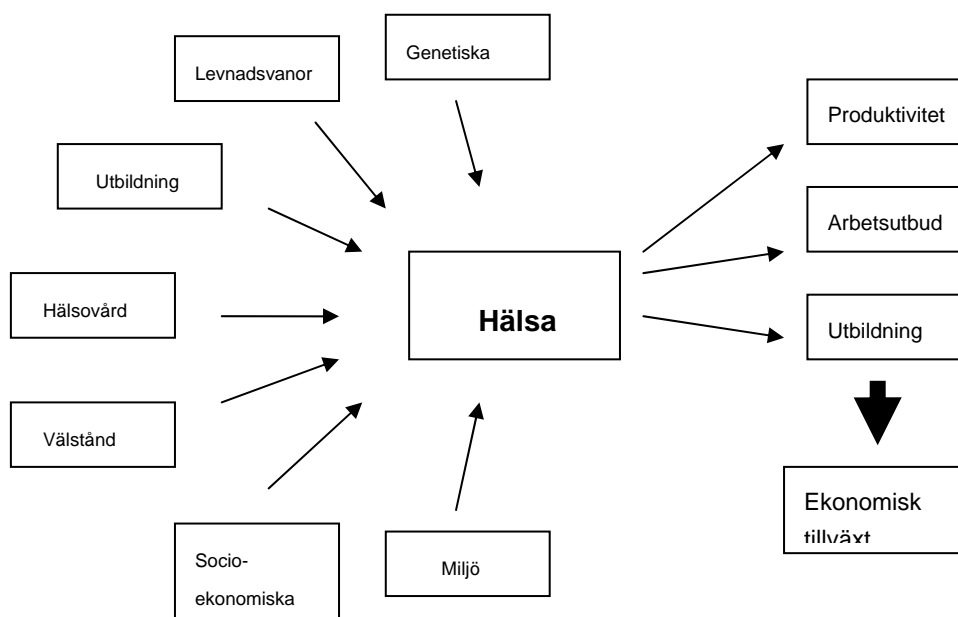
<sup>7</sup> Fogel R W. Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term process on the making of economic policy. *The American Economic Review* 1994;84(3):369-395

<sup>8</sup> Arora S. Health, human productivity, and long-term economic growth. *Journal of Economic History* 2001;61(3): 699-749.

av paneldata. Båda typerna av studier har visat sig ha positiva effekter på tillväxten av variablerna livslängd och dödlighet bland vuxna.

EU-rapporten belyser även hälso- och sjukvårdssektorns effekt på BNP-tillväxten. Sektorn bidrar med produktion och inkomster men även dess effektivitet påverkar kostnaderna. Hälso- och sjukvårdssektorn utgör också en omfattande arbetsmarknad och ger effekter på tillväxten som kan tillskrivas de utbudseffekter som en expansion av sektorn kan ge på kort sikt. En annan effekt kan inträffa om det finns en produktivitetstillväxt i andra sektorer som driver upp lönerna även i hälso- och sjukvårdssektorn (se t.ex. Långtidsutredningen 2003/04 i SOU 2004:19). I så fall ökar lönekostnaderna utan att produktiviteten behöver förändras.

Figur 1. Insatser som kan påverka hälsa och ekonomiska utfall



Källa: The contribution of health to the economy of the European Union, 2005.

#### Några slutsatser av EU-rapporten

Den viktigaste allmänna slutsatsen av rapporten är enligt författarna att beslutsfattare som är intresserade av att förbättra den ekonomiska tillväxten bör uppmärksamma hälsa som ett angeläget investeringsområde. Hälsoinvesteringar är, framhåller de, också en fråga som berör många politikområden, inte bara hälso- och sjukvården.

När det gäller kunskapsfrågor betonar författarna att det enbart finns ett fåtal studier som jämför effekten av ohälsa på arbetsmarknadens utveckling i olika EU-länder; det behövs därför

jämförbara data från alla EU-länder för att forskningen ska kunna vidareutvecklas. De påpekar även att kunskapen om relationen mellan hälsa och utbildning är otillräcklig i ett EU-perspektiv samt att detsamma gäller för hur hälsosituationen påverkar sparandet i unionen. Ytterligare ett önskemål är att det tas fram hälsoindikatorer för både makro- och mikronivån som är utformade för att passa för studier av länderna inom EU.

### **Ekonomiska effekter av socio-ekonomisk ojämlikhet i hälsa inom EU**

EU-kommissionen har en s.k. kallad High Level Committee och en arbetsgrupp som arbetar med frågan om Sociala determinanter och ojämlikhet i hälsa. Inom ramen för detta arbete har professor Johan Mackenbach och medarbetare vid Universitetet i Rotterdam haft i uppdrag av EU-kommissionen att belysa de ekonomiska effekterna av socio-ekonomisk ojämlikhet i hälsa. Mackenbach menar att det är enbart genomsnittlig hälsa som har belysts hittills, och att det är otillräckligt.

Mackenbach utgår i rapporten *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*<sup>9</sup> från ett stort antal olika datakällor för sin analys av samtliga länder i EU 25. Han presenterar ett s.k. "levelling up" scenario för EU 25. Levelling up betyder i sammanhanget en nivåförskjutning uppåt så att den vuxna befolkningen först rankas efter socio-ekonomisk position och sedan att de nedre 50 procenten av denna befolkning tänks få en lika bra hälsa som de 50 procent av befolkningen som utgör det övre skiktet.

Han konstaterar då med år 2004 som utgångspunkt att antalet dödsfall som hänger ihop med denna ojämlikhet i hälsa mellan de två grupperna i befolkningen kan uppskattas till 707 000 per år, att antalet år som förloras beroende på dessa dödsfall är 11,4 miljoner, att antalet fall av ohälsa som inte inkluderar dödsfall är 33 miljoner och att inverkan på medellivslängden vid födelsen för män och kvinnor är 1,84 år samt att inverkan av samma ojämlikhet i hälsa när det gäller hälsovägd medellivslängd, dvs. god hälsa, är 5,14 år.

Mackenbach konstaterar vidare att den ekonomiska effekten av socioekonomisk ojämlikhet i hälsa är stor. Medan skattningarna av ojämlikhetsrelaterade förluster av hälsa som "en kapitalvara", som minskar arbetsutbud och produktivitet, är modesta i relativa termer; 1,4 procent av BNP, är de stora i absoluta termer, 141 miljarder Euro.

Det är när hälsa värderas som "en konsumtionsvara", dvs. som nytta och livskvalitet för individen, som den ekonomiska effekten av ojämlikhet i hälsa framstår som mycket omfattande; 9,5 procent av BNP eller 1 000 miljarder Euro. Bedömningen är baserad på en hälsoekonomisk värdering i pengar av dödsfall och sjuklighet.

---

<sup>9</sup> Mackenbach J P, Meerding W J, Kunst A E. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities; 2007.

Separat beräknade kostnader för socialförsäkringssystemen och hälso- och sjukvården stöder denna slutsats om en stor ekonomisk effekt. Ojämlighetsrelaterade ekonomiska förluster beräknas till 15 procent av kostnaderna för socialförsäkringssystemen och 20 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvården i EU som en helhet. Skattningarna avser årliga värden.

#### *Tobak som exempel*

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

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

#### *Slutsatser av rapporten*

Det finns enligt Machenbach en stor potential att minska socio-ekonomiska skillnader i hälsa och därmed vinna hälsa och livskvalitet för ett stort antal människor, men även att vinna ekonomiska fördelar. Åtgärderna bör omfatta både breda välfärdsinsatser som involverar flera samhällssektorer och enskilda riskfaktorer. Breda välfärdsprogram för att minska hälsoskillnader kan, enligt Mackenbach, ge effekt på 10-20 års sikt. Åtgärder för att minska ojämlikhet i hälsa knuten till enskilda riskfaktorer, så som rökning, kommer också, menar han, att bidra till att öka arbetsproduktivitet och välfärd samt att reducera kostnader för socialförsäkringar och hälso- och sjukvård.

#### **Svenska studier av hälsa och ekonomisk framgång**

Hur ser då situationen ut i Sverige? I en rapport från Statens folkhälsoinstitut, *Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling*<sup>10</sup>, diskuteras om insatser för bättre folkhälsa är viktiga för att stärka Sverige och svenska regioners konkurrenskraft, sysselsättning och tillväxt. Här har Statens folkhälsoinstitut samarbetat med Institutet för framtidsstudier och forskarna fil dr Eva Andersson, numera Institutet för urbanforskning vid Uppsala universitet, professor Bo Malmberg, numera Kulturgeografiska institutionen vid Stockholms universitet och fil dr Mats Johansson vid Institutet för framtidsstudier. I rapporten medverkar även fil dr Kenth Hermansson vid Statens folkhälsoinstitut med en introducerande text till forskningsområdet och några avslutande kommentarer.

---

<sup>10</sup> Malmberg B, Andersson E, Johansson M, Hermansson K. *Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2007.

Eva Andersson beskriver hälsosituationen respektive den ekonomiska situationen i landets kommuner år 2000. Med hjälp av en så kallad klusteranalys tas kommunernas minsta gemensamma nämnare fram efter att de klassificerats efter skalorna hälsa – ohälsa och bättre – sämre ekonomisk utveckling.

Analysen visar en grupp med 57 kommuner där befolkningen är välmående och ekonomin utvecklats i positiv riktning; det gäller till exempel Uppsala, Strängnäs, Kungsbacka och Höganäs. En andra grupp med 157 kommuner kännetecknas av en genomsnittlig hälsa och ekonomi, exempelvis Gotland, Tanum och Härjedalen. En tredje grupp med 72 kommuner har ofördelaktig ekonomi och hälsa, till exempel Arjeplog, Berg och Högsby. Den gruppen karaktäriseras av högre arbetslöshet, lägre inkomst och högre andel icke sysselsatta än riksgenomsnittet – men också av en högre andel människor med sjukpenning, högre andel med förtidspension, lägre medellivslängd och högre dödlighet på grund av lungsjukdom och alkohol.

Sverige är alltså i hög grad ett delat land. De hälsosamma och ekonomiskt lyckosamma kommunerna finns framför allt i västra och södra Sverige. Särskilt Jönköpings och Kronobergs län kan betonas utanför storstäderna. Kommuner med dålig ekonomi och hälsa finns i norr, men även i Skåne. En viktig faktor här är troligen ohälsosamma vanor, som rökning, alkohol och bristande motion. Förhållanden som är vanligare i medelstora städer och glest befolkade områden. Det är kust- och högskolekommuner som nyanserar en annars dyster bild av norra Sverige.

Kommuner med höga ohälsotal visar sig ha svårt att åstadkomma ekonomisk utveckling utan redskap för att motarbeta ohälsa. Slutsatsen blir därför att hälsan måste föras fram som en drivkraft för regional ekonomisk utveckling.

Bo Malmberg studerar i sitt bidrag ohälsans effekter på den enskilde individens, familjens och arbetskamraternas ekonomi. Det finns menar Malmberg ett starkt samband mellan ohälsa och en svag lokal ekonomi. Men vad ligger bakom sambandet? Är ohälsan en spegling av en dåligt fungerande ekonomi eller bidrar ohälsan till att ekonomin fungerar sämre? Rapporten redovisar analyser av individdata ur den så kallade PLACE-databasen. Där finns uppgifter som gör att man kan studera vilka olika typer av inkomster en individ har haft under en lång följd av år, i detta fall åren 1990–2000.

Resultaten visar att en person som blir sjuk halkar efter i löneutveckling jämfört med personer som är friska, att sjuka personer har lägre sparande och att sjuka personers position på arbetsmarkanden försvagas genom större risk för arbetslöshet. Liknande effekter hittas också för den sjuka personens partner. Att ens partner blir sjuk ökar den egna risken att bli sjukskriven. Dessutom påverkas den egna arbetsinkomsten negativt och risken för arbetslöshet ökar något. Ohälsa påverkar även barn till sjuka personer. Även kollegors inkomstsituation påverkas negativt, särskilt yngre kollegors.

Studien gäller personer som är i femtioårsåldern när de blir sjuka. Det är en ålder då många anställda har nyckelpositioner och ofta står för kompetenser som kan vara svåra att ersätta. När en sjukdom drabbar en sådan person kan det därför leda till mer eller mindre allvarliga driftsstörningar. Något som i sin tur kan betyda att produktiviteten i företaget sjunker och att utrymmet för stigande arbetsinkomster minskar.

Ett tredje viktigt angreppssätt på problemet är att anlägga ett historiskt perspektiv. Det görs också i rapporten genom Mats Johansson. Analysen visar att en förbättrad folkhälsa varit en viktig drivkraft för den ekonomiska utvecklingen under de senaste 200 åren såväl som under efterkrigstiden.

Sambandet mellan hälsa och ekonomi är sannolikt dubbelriktat och samspelande. Hur en framgångsrik strategi för regional utveckling ska se ut beror därför på vad man har lättast att påverka. Hittills har regional utveckling i stor utsträckning setts som ett ansvar för näringslivspolitikerna. I framtiden växer nödvändigheten av att hälsofrågor få en mer framskjuten plats för att ytterligare främja regional utveckling.

När det gäller sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt är det långsiktiga samband som måste betonas. Även om det går att hitta snabba positiva ekonomiska effekter av insatser som förbättrar folkhälsan, så finns det långsiktiga effekter som kan vara svåra att direkt upptäcka och därför är viktigt att skapa förståelse för.

#### *Slutsatser av rapporten*

Rapporten *Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling* stärker uppfattningen att hälsa har positiva effekter på ekonomisk tillväxt. Hälsa bör därför diskuteras som en drivkraft till utveckling på samma sätt som utbildning och infrastruktur, särskilt med avseende på en hållbar samhällsutveckling.

#### **Avslutande synpunkter**

Redovisningen omfattar två internationella och tre svenska studier. Dessa visar att hälsa har effekter på ekonomisk tillväxt. Samtidigt är forskningen om detta samband bara i sin linda när det gäller rika länder i allmänhet och Sverige i synnerhet. Det är därför angeläget att forskningen på området utvecklas och att fördjupade kunskapsöversikter tas fram.

### **Medverkan i CSDH:s country work-grupp**

Ojämligheten i hälsa är dramatisk sett i ett internationellt perspektiv och berör både rika och fattiga länder. Detta är bakgrunden till att WHO år 2005 etablerade Kommissionen om sociala bestämningsfaktorer för hälsa (Commission on Social Determinants of Health, CSDH). Kommissionen har 19 kommissionärer och leds av professor Sir Michael Marmot vid University College i London. Bland kommissionärerna finns professor Denny Vågerö vid CHES i Stockholm (Center for Health Equity Studies) som representerar Norden.

Utgångspunkten för kommissionens arbete är att människors sociala villkor under livsloppet har ett stort inflytande på deras hälsa; ju mer ojämlika sociala villkor desto mer ojämlik hälsa.

*En global rörelse behöver skapas*

Kommissionens mål är att skapa en global rörelse för jämlikhet i hälsa som är baserad i synsättet att människors hälsa och dess bestämningsfaktorer är en fråga om mänskliga rättigheter. Kommissionen samlar kunskaper från ett stort antal länder om hälsans bestämningsfaktorer och insatser som kan påverka utvecklingen i positiv riktning. Avsikten är att få fram ett kraftfullt underlag för politiska beslut i utvecklingsländer i första hand, men även i industrialiserade länder.

Kommissionen har stöd i sitt arbete av nio kunskapsnätverk och av enskilda länder (Partner Countries) och organisationer i civilsamhället. Kunskapsnätverken har anknytning till olika universitet och folkhälsomyndigheter och arbetar med teman som globalisering, hälsosystem, stadsutveckling, sysselsättning och arbetsvillkor, uppväxtvillkor, social utestängning, kvinnors villkor i ett jämlikhetsperspektiv, mätmetoder och evidens samt prioriteringar inom folkhälsoområdet.

*Det svenska arbetet som Country Partner*

Uppdraget för Partner Countries, bl.a. Sverige, är att främja, genomföra och institutionalisera policies och åtgärdsprogram som kan påverka de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa. Uppdraget har för Sveriges del haft flera dimensioner. I en rapport till CSDH:s sekretariat i Geneve har Statens folkhälsoinstitut i samverkan med Socialdepartementets folkhälsoenhet redovisat följande sammanfattning i november 2007:

Sweden has a long history of attention to health equity and SDH issues. Based on the work of the Swedish National Committee for Public Health, a comprehensive Swedish public health policy was adopted by the Swedish Parliament, the Riksdag, in April 2003. It pushes health up on the political agenda and affords equity in health high priority. The overall aim of the policy is to “create societal conditions for good health on equal terms for the whole population”. To help achieve this aim through multisectoral efforts, the Government has established eleven “domains of objectives” with connections to SDH.

Many actors on all levels of society have responsibility for the implementation of the public health policy. Central government agencies, whose tasks and activities have a direct impact on public health, are obliged to consider the effects and to monitor their work. For municipalities and county councils the domains of objectives, according to the Government, “show how their activities can be incorporated to help achieve the overall national public health aim”. A national steering committee, under the leadership of the Minister of Public Health and Directors-General of concerned agencies, has been established to improve coordination on the national, regional and local level. The Swedish National Institute of Public Health (SNIPH) coordinates the national monitoring and evaluation of the policy.

In its role as a Country Partner, Sweden has been involved in the project in several ways. Sweden has co-ordinated and provided start-up funds to establish a Nordic Reference Group on SDH, a research and policy development alliance that includes Iceland, Norway,

Denmark, Finland and Sweden. The reference group is supporting the Commissioner professor Denny Vågerö from the Centre for Health Equity Studies (CHESS) in Stockholm who is representing the Nordic countries. The purpose of the Nordic Reference Group is to discuss and convey the Nordic experiences of working with the SDH to the CSDH via Commissioner Vågerö and to share such work within the group. Sweden is also represented in three of the Commission's nine Knowledge Networks (Globalization KN, Women and Gender Equity KN and Urban Settings KN). The universalistic Nordic welfare policy and its effects on people's health have attracted interest from the Commission. A report, *The Nordic Experience: Welfare States and Public Health (NEWS)*, has been presented to the chair of the Commission by researchers at CHESS in Stockholm.

Together with WHO, England, Canada and Chile, Sweden has explored the issue of building an economic case for investment in SDH. In October 2006 Sweden attended a meeting in London followed by another meeting in June 2007 in Vancouver. Since the second meeting Sweden has presented four Swedish cost-effectiveness studies to the Commission: Health, economics, and feminism: on judging fairness and reform; Preventive home visits postpone mortality – a controlled trial with time-limited results; Cost-effectiveness of the promotion of physical activity; A cost-effectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises. The economic case for investing in health is also underlined as an important task by two working groups within the European Union, of which Sweden is a member; the EU Expert Group on Social Determinants and Health Inequalities, and Determine – An economic consortium for action on socio-economic determinants on health.

Hur uppdraget som Country Partner kommer att utvecklas under 2008 är idag oklart. Dock förutses att samverkan sker mellan Socialdepartementet och Statens folkhälsoinstitut respektive de övriga parter som har redovisats i rapporten till CSDH:s sekretariat.