**Sammanfattande synpunkter på Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa; slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2017:47. (**diarienummer S2017/03553/FS)

Undertecknade har under lång tid bidragit till utvecklingen av svensk och internationell folkhälsopolitik med fokus på en bättre och jämlikare hälsa. Vi välkomnar att regeringen tillsatt en Kommission för jämlik hälsa. Kommissionens slutbetänkande (SOU 2017:47) har många förtjänster men har inte beaktat väsentliga delar av regeringens direktiv (Kommittédirektiv 2015:60), t.ex. gällande följande uppdrag:

**Kommissionens slutrapport ”ska innehålla en samlad bedömning av vilka åtgärder som krävs för att nå regeringens mål att inom en generation sluta de påverkbara hälsoklyftorna.”**

Kommissionen gör ingen samlad bedömning av möjligheterna att uppnå regeringens övergripande mål att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Denna typ av analys förutsätter att man dels belyser vilka förhållanden i samhällsutvecklingen som mellan 1940- till 1980-talet bidragit till att minska de sociala skillnaderna i ohälsa, dels klarlägger vilka faktorer som därefter ökat det sociala hälsogapet (se bil 1). Kommissionen har inte heller preciserat vad som ska åstadkommas på kort, medellång eller lång sikt. Vi föreslår att konkreta mål sätts för vilken förbättring i jämlikhet i hälsa som ska uppnås till år 2030, samtidigt som delmål utarbetas och fastslås under den gällande nationella folkhälsopolitikens målområden.

**Kommissionen ”ska lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar.”  ”Arbetet ska utgå från befintlig och vetenskapligt grundad kunskap.”**

De relativt få konkreta förslag som Kommissionen redovisar saknar bedömningar av sannolika hälsoeffekter relaterat till olika socio-ekonomiska grupper, dvs. i vilken utsträckning de påverkar de sociala skillnaderna i hälsa.  En annan brist är att Kommissionen genomgående undviker att aktualisera strategiskt viktiga och vetenskapligt förankrade förslag när de kan vara politiskt kontroversiella. (Se bil. 2).

Kommissionens förslag när det gäller levnadsvanor är otillräckligt. Vi föreslår att de 11 målområden för folkhälsopolitiken som riksdagen enades om 2003 behålls, och att det utarbetas mätbara jämlikhetsmål inom respektive målområde (Bil. 2). Vi föreslår en aktiv användning av regleringspolitik, inkl. skatter och avgifter, för att minska hälsoskadlig exponering och konsumtion av framför allt tobak och alkohol, då dessa i hög grad bidrar till och befäster ojämlikhet i hälsa (Bil. 3).

**”Kommissionen ska i sitt arbete och vid utformningen av förslagen beakta relevanta resultat och erfarenheter från liknande initiativ på lokal och regional nivå i Sverige, i andra länder samt i EU- samarbetet och övrigt internationellt arbete.”**

En brist i Kommissionens slutbetänkande är att det inte redovisar eller beaktar de omfattande positiva och negativa erfarenheter som under de senaste årtiondena vunnits såväl i Sverige som internationellt när det gäller att minska de sociala skillnaderna i hälsa. Vi föreslår att Folkhälsomyndigheten i samarbete med andra berörda myndigheter gör en sammanställning och analys av vilka åtaganden Sverige gjort internationellt avseende hälsa och bestämningsfaktorer i FN, inkl. FN-organ, WHO, EU m.fl. för att bedöma relevansen ur jämlikhetssynpunkt och implementering nationellt, regionalt och lokalt på kort, medellång och lång sikt (Bil. 4).

**Kommissionens förslag ska förhålla sig till det strategiska arbetet för en hållbar utveckling i såväl ekologiskt, ekonomiskt som socialt hänseende.**

Kommissionen föreslår ett ramverk för det tvärsektoriella folkhälsoarbetet på nationell nivå som tidigare prövats med dåligt resultat.   Möjligheterna att integrera samordningen av folkhälsopolitiken med det system som redan etablerats för samordningen av Agenda 2030 har endast belysts marginellt i Kommissionens slutbetänkande.  (Se bil. 5.) Vi föreslår att berörda myndigheter och Agenda 2030-delegationen ges i uppdrag att utveckla dels insatser inom samtliga mål som omfattar hälsans sociala och politiska bestämningsfaktorer, dels förverkligande av det specifika målet om hälsa i det nationella genomförandet av Agenda 2030-strategin. En gemensam utgångspunkt för uppdraget är målen om jämställdhet och jämlikhet. (Bil. 5)

Vi föreslår att en folkhälsopolitisk rapport återinförs som uppföljningsinstrument för folkhälsopolitiken genom regelbunden rapportering av centrala indikatorer för ojämlikhet i hälsa tillsammans med en analys av jämlikhetseffekter av förd politik på nationell, regional och lokal nivå som omfattar hälsans bestämningsfaktorer. (Bil. 5)

Vi är överens med Kommissionen om förslaget att inrätta ett ”vetenskapligt råd”, men vill betona att ett sådant ”Folkhälsopolitiskt råd” ska tjäna som en plattform i skärningspunkten mellan politik och vetenskap, med ESO och Finanspolitiska rådet som modeller (Bil. 5).

*Sammanfattningsvis* anser vi att Kommissionens slutbetänkande behöver kompletteringar och justeringar för att kunna ligga till grund för en samlad strategi för en bättre och jämlikare hälsa på lokal, regional och nationell nivå. I fem bilagor redovisar vi kortfattat bakgrund, motiv, kompletteringar och alternativ för det fortsatta arbetet med att minska hälsoklyftorna i Sverige

*Stockholm 29 november 2017*

Göran Dahlgren, f.d. Folkhälsoråd, Statens Folkhälsoinstitut och Visiting Professor, University of Liverpool

Christer Hogstedt, Professor, f.d. överdirektör, Arbetslivsinstitutet och forskningschef, Statens folkhälsoinstitut

Bernt Lundgren, f.d. Huvudsekreterare, Nationella folkhälsokommittén och f.d. Avdelningschef, Statens folkhälsoinstitut

Bosse Pettersson, f.d. Stf. Generaldirektör och strategichef, Statens folkhälsoinstitut och f.d. Folkhälsoråd, Socialstyrelsen

Gunnar Ågren, f.d. Generaldirektör, Statens folkhälsoinstitut och f.d. Folkhälsolandstingsråd, Stockholms Läns Landsting