



HUR VI FÖRSÄKRAR OSS OM VÅRDEN

- EN RAPPORT AV
OLIVER RYKATKIN

Oliver Rykatkin studerar nationalekonomi vid Stockholms universitet och har tidigare varit andre vice distriktsordförande för MUF Stockholm.

Han kan kontaktas på oliver.rykatkin@moderaterna.se, 073-514 95 81 eller @oliverrykatkin på Twitter.

Rapporten är skriven självständigt av författaren. Moderata Ungdomsförbundet delar inte nödvändigtvis alla åsikter som förs fram.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	4
INLEDNING	5
PROBLEMEN INOM SVENSK SJUKVÅRD	6
PRIMA FACIE	6
VÅRDKÖER	7
JÄMLIK VÅRD	9
FINANSIERINGEN	11
ANDRA LÄNDERS SJUKVÅRDSSYSTEM	14
NEDERLÄNDERNA	14
ÖVERGRIPANDE	14
SJUKHUSEN OCH SPECIALISTVÅRDEN	15
ERSÄTTNINGAR	15
TYSKLAND	16
ÖVERGRIPANDE	16
SJUKHUSEN OCH SPECIALISTVÅRDEN	17
ERSÄTTNINGAR	19
SCHWEIZ	19
ÖVERGRIPANDE	19
SJUKHUSEN OCH SPECIALISTVÅRDEN SAMT ERSÄTTNINGAR	20
LÄRDOMAR SVERIGE KAN TA VARA PÅ	22
KORTARE VÅRDKÖER	22
LIKVÄRDIGARE VÅRD	23
EFFEKTIVARE FINANSIERING	24
SLUTSATSER	25
MODERATA UNGDOMSFÖRBUNDETS SJUKVÅRDSSYSTEM	26
ETT EGET FÖRSÄKRINGSSYSTEM	26
SAMSPelet MELLAN DET OFFENTLIGA OCH DET PRIVATA	27
POLITIKENS ROLL OCH ANSVAR FÖR SJUKVÅRDEN	28
FRAMTIDEN FÖR DIGITAL VÅRD	28
REFORMFÖRSLAG	30
KÄLLFÖRTECKNING	31

SAMMANFATTNING

- » Svensk sjukvård hör till en av världens bästa. Det som gör svensk sjukvård bra går att hänvisa till att svenskar lever relativt hälsosamt samt att Sverige är duktiga på preventiva insatser. Svensk sjukvård har emellertid tre stora problem. Det är växande vårdköer, ojämlik vård, och stigande kostnader.
- » Vårdköerna i Sverige har ökat sedan 2012, och i internationella mätningar mäts Sveriges tillgänglighet till vården som en av Europas sämsta. Samtidigt ligger Sveriges ambitionsnivåer på uppfyllt vårdgaranti lägre än vad många andra länder presterar i genomsnitt. När OECD skulle fastslå Sveriges tillgänglighet till vård kunde de inte det då det i Sverige inte mäts på individnivå.
- » Utifrån WHO:s definition av jämlik vård uppfyller Sverige kriterierna. Sverige har dock stora skillnader inom landet jämfört med andra länder. Där Sverige är ett av de länder där vilken del av landet patienten söker vård i spelar störst roll för utfallet. Endast två av Sveriges 21 regioner skulle kunna mäta sig i tillgänglighet med länder som Nederländerna, och Tyskland. Rapporter visar att skillnaderna mellan regionerna snarare bygger på politiska prioriteringar än geografiska och demografiska skillnader.
- » Sverige är ett av de länder i världen som spenderar mest pengar på sjukvård men får ut minst till patienterna per spenderad krona. OECD bedömer att Sveriges sjukvårdskostnader kommer att öka till 2030 trots att den redan ökat mer än index sedan flera år tillbaka. Sveriges regioner har enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) haft ekonomiska problem sedan 2002, och SKR bedömer att flera regioner kommer att behöva göra skattehöjningar för att klara sitt ansvar för sjukvården.
- » Samtidigt som regionerna visar dålig ekonomisk utveckling väljer de att spendera miljardbelopp på olika digitaliseringsinsatser. En stor del av digitaliseringen går till att utveckla egna nätläkarlösningar. Detta trots att den fria marknaden har ordnat detta utan regionernas inblandning. Samtidigt blir flera regioner bakbundna av att en region har infört gratis patientavgift för nätläkare. För att undvika detta bör Sverige införa nationella taxor för nätläkare.
- » De tre länder runt om i Europa som presterar bäst i internationella mätningar gällande tillgänglighet, jämlik vård, och kostnadskontroll är Nederländerna, Schweiz, och Tyskland. Samtliga av dessa använder sig av ett obligatoriskt sjukvårdsförsäkringssystem. Därför bör även Sverige införa ett obligatoriskt sjukvårdsförsäkringssystem med tydligt reglerade försäkrings- och vårdgivare.
- » Sverige har en av världens billigaste egenavgifter och lägst högkostnadsskydd i vården. Det finns flera studier som visar att upplevelsen av någonting som gratis eller billigt leder till ett överanvändande av tjänsten. Samma sak gäller inom sjukvård. I en jämförelse mellan Sverige och Schweiz är andelen personer som menar att de undvikit vården på grund av höga kostnader ungefär lika stor. Detta trots att Schweiz har betydligt högre egenavgifter och högkostnadsskydd än Sverige. Att höja egenavgifterna och högkostnadsskyddet skulle därmed kunna minska vårdköerna i Sverige.

INLEDNING

I år är det nästan 150 år sedan grunden för Sveriges sjukvårdssystem lades. Detta gör det till ett av världens äldsta intakta vårdssystem. Sedan dess har vården moderniserats; nya metoder har börjat användas och ny teknik har blivit allt mer essentiell. Trots det har Sveriges sjukvårdssystem varit relativt intakt jämfört med andra europeiska länder. Samtidigt sjunker resultaten i svensk sjukvård i internationella rankingar. Det är dags att det tidigare så framgångsrika svenska sjukvårdssystemet flyttar in i 2020-talet och förnyas. Den här rapporten kommer att utreda ett nytt sådant sjukvårdssystem.¹

”Vilket land har världens bästa sjukvård?” är en fråga onkologen och bioetikern Ezekiel Emanuel brukade få på alla sina föreläsningar. Det resulterade i att han 2020 släppte en bok med samma namn. Han beskriver komplexiteten i frågan och varför den är så svår att ge ett entydigt svar på. En anledning till detta är avsaknaden av tydliga och uppdaterade internationella rankingar som ger en helhetsbild av olika länders sjukvård. Världshälsoorganisationen WHO publicerade en ranking år 2000 där det konstaterades att Frankrike hade bäst sjukvård. 20 år senare är rankingen ännu inte uppdaterad, och Emanuel menar att detta är ett tecken på att WHO inte själva tror på metoden som användes. Rapporten har senare även fått kritik från flera forskare, bland annat för att den skulle sakna patientperspektivet. Emanuel använder i sin bok fler kvantitativa parametrar än vad WHO använde år 2000. Han ger dock inget konkret svar på vilket sjukvårdssystem som är bäst. Däremot lyfts flera länder upp som högpresterare. Sverige är inte ett av dem.²

Till att börja med kommer denna rapport att beskriva vilka utmaningar som finns i svensk vård. De huvudsakliga problemområdena är finansiering, jämlikhet inom vården och växande värdköer. Vidare kommer rapporten att presentera lösningar på de tre problemområdena i form av ett nytt finansieringssystem för svensk sjukvård. Där kommer inspiration att tas från tre olika länder: Schweiz, Nederländerna och Tyskland. Alla tre har liknande sjukvårdssystem och alla presterar bättre än Sverige inom flera viktiga områden. Så är bland annat fallet gällande väntetider, antal läkarbesök per invånare och verkningsfullt spenderade pengar på sjukvård per invånare.

Rapporten kommer även att beröra digitaliseringen inom vården. Där kommer främst frågan om digitala vårdbesök att stå i fokus. Det finns två skäl till det. Det första är för att de digitala vårdbesöken har blivit aktuella de senaste åren med nya aktörer som Kry och MinDoktor och för att de har väckt starka känslor hos svenska folket.³ För det andra finns det en poäng med att politiken eftersträvar att ha en så frisk befolkning som möjligt på ett så effektivt sätt som möjligt, för att hålla sig teknikneutral och inte styra läkares arbetssätt.

1 Health Consumer Powerhouse (2015); Gustafsson (1987).

2 Emanuel 2020 s. 44; C. J. Murray m.fl. (2000); Timbro 2020-07-10, <https://timbro.se/smedjan/varldens-basta-sjukvard-finns-inte-i-sverige/> hämtad 2020-07-10.

3 Dagens Samhälle 2018-12-11 "Motstånd mot digital vård bland äldre" hämtad 2020-06-28.

PROBLEMEN INOM SVENSK SJUKVÅRD

PRIMA FACIE

Vid första anblick har svensk sjukvård inga brister som sticker ut internationella jämförelser. OECD publicerar statistik och data över hälsonivåerna i olika länder utifrån flera parametrar. Sverige presterar bra i de flesta kategorierna. Vid en jämförelse mellan de högpresterande länderna (de nordiska länderna, Frankrike, Nederländerna, Storbritannien, Schweiz, Tyskland och USA) presterar Sverige bra eller bäst inom en rad olika kategorier. Några utvalda områden där Sverige är högt rankat:

- » Plats fyra av tio gällande förväntad livslängd bland nyfödda (2017)
- » Plats fem av tio gällande förväntad livslängd bland de som är 65 år (2017)
- » Lägst barnadödlighet av de tio länderna (2018)
- » Plats fyra av tio i minst antal dödsfall av cancer per 100 000 invånare (2015)
- » Plats fyra av tio i potentiella förlorade levnadsår innan 70 per 100 000 invånare (2015)

Sveriges resultat i dessa och andra indikatorer väcker frågan om svenskars relativt låga förtroende för sjukvården är berättigat.⁴

Dessa jämförelser kan dock vara vilseledande. Att Sverige rankas högt inom diverse områden behöver inte nödvändigtvis bero på sjukvårdens kvalitet. Det finns en rad andra faktorer som lika gärna kan vara avgörande.

Indikatorn om förväntad livslängd är ett trubbigt sätt att mäta vårdkvalitet. Den beskriver hur frisk och välmående en befolkning är, men inte kvaliteten på sjukvården. I en studie från 2015 från IMHE (Institute for Health Metrics and Evaluation) har forskarna Murray, Vos och Lopez sett till vilka faktorer som påverkar just en lång förväntad livslängd, bortsett från hög barnadödlighet.⁵ De fann att faktorn som påverkar förväntad livslängden mest är värk i rygg och nacke. Många ådrar sig sådana skador i sina arbeten. Därför kan Sveriges höga placering i den indikatorn förklaras av att arbetsmiljön är god och att andelen i industrijobb är lägre än i exempelvis Tyskland och USA. Vidare kom forskarna fram till att andra skador och sjukdomar som har stor påverkan på livslängden är fallskador, lungcancer och hudsjukdomar.⁶ Fallskador drabbar främst äldre, och sker typiskt sett i hemmet eller utomhus. Riskerna för denna typ av skador kan minskas med relativt enkla medel. Bostadsanpassning för äldre minskar risken för fall i hemmet, och bra snöröjning under vintertid minskar risken för fall utomhus.

4 OECD (2019a); SKR (2020a).

5 C. J. L. Murray m.fl., *The Lancet* (2015).

6 *Ibid.*

På så sätt kan man med stöd av Murray, Vos och Lopez studie hävda att den låga andelen fallskador i Sverige inte visar att svensk sjukvård fungerar bra. Indikatoren visar snarare att färre i Sverige arbetar inom industrin i en god arbetsmiljö, och att Sverige har effektiva preventiva insatser mot fallolyckor.⁷

Svenskars långa livslängd kan även kopplas till tobaksanvändningen. Färre röker i Sverige än i de jämförda länderna, då fler svenskar istället snusar. Av de tidigare jämförda länderna har Sverige lägst andel av befolkningen som är dagliga rökare.⁸ Rökning ökar risken för att drabbas av lungcancer betydligt. Samtidigt menade Murray, Vos och Lopez att lungcancer är en av de vanligaste orsakerna till förkortad livslängd.⁹

På samma sätt är antalet döda i cancer en missvisande indikator för svensk sjukvård. Den tar inte i beaktning vilken typ av cancer som patienten drabbas av. Precis som med förväntad livslängd går en del i den här statistiken att förklara med att Sverige har färre rökare än de andra länderna. Lungcancer kräver mer avancerade operationer och behandlingar än de cancertyper som i högre grad drabbar snusare (muncancer och nackcancer).¹⁰

Det går även att peka på att Sverige har en aktiv befolkning, då över 30 procent av befolkningen 2014 regelbundet ägnade sig åt någon fysisk aktivitet. I Europa har endast Island har en högre andel fysiskt aktiva i befolkningen än Sverige. Genomsnittet för hela Europa var under 13 procent av befolkningen 2014.¹¹

Att Sverige har världens friskaste befolkning gör det lätt att tro att Sverige måste ha en fantastisk sjukvård. Som tidigare beskrivits finns det dock flera förklaringar till friskhetstalen än just att svensk sjukvård är i världsklass. Det kommer att beskrivas i de tre kommande delkapitlen. Den främsta slutsatsen som kan dras av dessa jämförelser är att svensk sjukvård har extremt bra förutsättningar att vara världsledande. Trots detta lyckas den inte leverera.

VÅRDKÖER

Vårdköer har blivit ett allt större ämne och är nu en självskriven fråga när svensk sjukvård debatteras. Sedan riksdagsåret 2016/2017 har begreppet i snitt nämnts 117 gånger per år i riksdagskammaren. De fyra tidigare åren nämdes det aldrig mer än 44 gånger i riksdagsdebatterna. Kulmen nåddes valåret 2018, då det nämdes över 220 gånger och tog plats på flera partiernas valaffischer. Det är dock inte antalet valaffischer eller interpellationer i riksdagen som ger belägg för att något är ett samhällsproblem.

Vårdköer i Sverige definieras av om vårdgarantin uppfylls eller inte. Vårdgarantin är olika för de olika instanserna inom vården. Till exempel är en uppfyllnad av vårdgarantin inom primärvården att få kontakt under samma dag, men för specialistvård är vårdgarantin att få ett besök inom tre månader.¹²

7 Gillespie m.fl., Cochrane Database of Systematic Reviews (2012); OECD (2019b).

8 OECD (2019a).

9 C. J. L. Murray m.fl., The Lancet (2015); Ramboll (2019).

10 ENVIRON International Corporation (2010); Ramboll (2019).

11 Eurostat (2014).

12 1177 Vårdguiden, <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/vardgaranti/> hämtad 2020-06-21.

Hur vårdgarantin uppfylls mäts individuellt i varje region. Hur detta speglar varje enskild region kommer att beskrivas mer ingående under delkapitlet jämlik vård. I detta delkapitel kommer främst en helhetsbild över vårdköer att presenteras.

I SKR:s Hälso- och sjukvårdsrapport 2020 beskrivs hur vårdköerna har ökat sedan 2014. Främst är det specialistvården som tynger siffrorna. Där har andelen som får vård inom vårdgarantin sjunkit från 85 procent till 70 procent. Sedan 2014 har inte en enda region haft ökad uppfyllnad av vårdgarantin inom specialistvården.¹³ Det skulle kunna förklaras av regeringsskiftet år 2014, då Socialdemokraterna och Miljöpartiet valde att ta bort den så kallade kömiljarden som infördes av Alliansregeringen år 2009. Kömiljarden infördes på nytt igen år 2019 genom Moderaternas och Kristdemokraternas budgetreservation. Någon effekt av det nya införandet går dock inte att urskilja ännu då nedgången har varit konstant.¹⁴ I en utvärdering av kömiljarden som gjordes av Socialstyrelsen 2012 framfördes kritik mot reformen. Socialstyrelsen menade, trots att köerna kortats, att kömiljarden var ett trubbigt verktyg då det till stor del var upp till regionerna att avgöra hur de extra resurserna skulle användas för att korta köerna. Det gav spridda resultat i hur vårdgarantin uppfylldes. Var i landet man bodde kunde alltså vara avgörande för tillgången till en viss typ av vård. Vissa regioner satsade resurser på fler specialistläkare medan andra regioner använde de extra resurserna till utökade telefontider.¹⁵

Sveriges vårdköer sticker även ut i internationella jämförelser. Analysföretaget Health Consumer Powerhouse (HCP) rankar varje år europeiska länders sjukvård och tilldelar dem olika index. Det lägsta indexet är 333 och det högsta 1000. År 2018 tilldelade de Sverige indexet 800. Jämförelsevis anses ett index över 750 vara bra. Det är alltså ett mer än godkänt resultat. Det placerar Sverige på plats 8 av 35 europeiska länder. Vid en nedbrytning av de olika underkategorierna placerar sig Sverige högt inom alla utom en: tillgänglighet. Där är Sverige bland de sämsta. Sverige får lika dåligt betyg som Spanien och Ungern. De enda länderna som presterar sämre än Sverige är Storbritannien och Irland. Landet som HCP rankade som sämst i det totala indexet, Albanien, har bättre tillgänglighet än Sverige, trots att HCP menar att det är lättare att ha bättre tillgänglighet än hög kvalitet på vården.¹⁶

Hur lång tid som är rimlig att vänta på en behandling är också en svår fråga. I mångt och mycket beror det på vilken typ av behandling eller operation som patienten behöver genomgå. Där behöver jämförelser göras med andra länder. År 2013 gjorde OECD en sammanställning över hur väntetiderna ser ut bland OECD-länderna. Då mättes mediantiden som en patient fick vänta mellan diagnos och påbörjad behandling vid en rad olika vanliga sjukdomar och skador. De länder som presterade bäst var Nederländerna och Danmark. För Nederländerna var medianen 42 dagars väntetid till specialistbehandling.¹⁷ När OECD skulle mäta Sveriges väntetider konstaterade de:

”We do not know the exact waiting times for any patient, and we therefore only give an estimated number for the median, as we cannot compute either the mean or the median exactly.”¹⁸

13 SKR (2020c).

14 Ibid.

15 Socialstyrelsen (2013).

16 Health Consumer Powerhouse (2015).

17 Siciliani m.fl. (2020).

18 Ibid.

OECD menade att i och med att Sverige mäter andelen som uppfyller eller inte uppfyller vårdgarantin så görs inga mätningar direkt på individnivå.¹⁹ Det vittnar om Sveriges ambitionsnivå gällande kötid till vården. En accepterad kötid i Sverige, 90 dagar, är mer än den dubbla mediantiden i Nederländerna. Dessutom är det bara knappt 70 procent som får specialistvård inom den tiden.²⁰

HCP:s ranking befäster att svensk sjukvård är i världsklass, om du kommer fram till den i tid. I ett nytt sjukvårdssystem bör Sverige prioritera kortare kötider.

JÄMLIK VÅRD

Enligt 3 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det är därmed reglerat i lag att sjukvården i Sverige ska ske på lika villkor för hela befolkningen. Det målet är svårt att följa upp. I en utredning från 2019 av Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) beskrivs Sveriges möjlighet att leverera jämlik vård som likvärdig med flera europeiska länder, däribland Nederländerna, Tyskland, Norge och Danmark.²¹

WHO definierar begreppet jämlik vård, eller *universal health coverage*, utifrån tre parametrar. Sjukvården ska täcka hela befolkningen, omfatta i stort sett samtliga sjukvårdstjänster samt minimera ekonomiska hinder att söka vård.²² Utifrån de parametrarna har Sverige en jämlik vård, vilket även ESO-rapporten fastslår.²³ ESO menar även att nästan alla länder inom OECD också levererar jämlik vård utifrån WHO:s definition. Undantaget skulle vara USA.²⁴

WHO:s absoluta syn på jämlik vård har stött på kritik, i Sverige bland annat från den fackliga tankesmedjan Katalys.²⁵ De menar att ojämlikhet inom vården finns, trots att alla på pappret har fri tillgång till vård. Det kan skilja över 13 år i medellivslängd beroende på utbildningsbakgrund, yrke eller inkomst, beskriver tankesmedjan.²⁶ ESO avfärdar dock kritiken med att detta inte alls behöver bero på ojämlik vård. Precis som beskrivits här i tidigare kapitel, och som ESO framhåller i sin rapport, beror förväntad livslängd på många fler parametrar än endast tillgång till vård.²⁷

Det finns dock en ojämlikhet inom svensk vård som är svår att jämföra med andra länder. Sverige är ett av de länderna där det spelar som störst roll var i landet du blir sjuk eller skadad. I SKR:s hälso- och sjukvårdsbarometer kan det som mest skilja 71 procentenheter mellan olika regioners uppfyllnadsgrad av vårdgarantin.²⁸ Då i princip inget annat land har ett sjukvårdssystem organiserat som Sveriges och då Sverige mäter väntetider på regionnivå är det svårt att bedöma om några andra länder har liknande utmaningar. Om jämförelsen görs mellan regionerna och nationellt med andra länder skulle endast Region Halland och Region Stockholm kunna konkurrera i tillgänglighet med länder som Tyskland, Norge och Schweiz.²⁹

19 Siciliani m.fl. (2020).
20 SKR (2020c).
21 SOU 2019:8.
22 World Health Organization m.fl. (2010).
23 SOU 2019:8.
24 Ibid.
25 Gauffin m.fl. (2018).
26 Ibid.
27 SOU 2019:8.
28 SKR (2020c).
29 OECD (2019a); SKR (2020c).

Vad gäller ojämlikheten mellan olika regioner bör geografiska skillnader beaktas till viss del. Exempelvis är flera av Sveriges regioner till ytan större än andra hela EU-länder, men med mindre än en tiondel av deras befolkning och skatteunderlag. Till exempel är Region Norrbotten större till ytan än hela Österrike, samtidigt som befolkningen endast uppgår till tre procent av Österrikes.³⁰

Få har undersökt hur de geografiska skillnaderna påverkar vården i stort i Sverige, men under 2019 presenterade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys en rapport där de specifikt studerade de regionala skillnaderna inom graviditetsvården. Där fastslås att de regionala skillnaderna i förlossningsvården till viss del går att härleda till geografiska och demografiska skillnader.³¹ Myndigheten menar dock att de flesta av skillnaderna inom förlossningsvården mellan olika regioner är omotiverade. Stora delar av skillnaderna i vården går med andra ord inte att förklara genom geografiska eller demografiska utmaningar. Myndigheten skriver att det snarare handlar om styrning av sjukvården och effektivt användande av resurser än andra utmaningar.³²

Demografi- och geografiargumentet för motiverad ojämlikhet inom välfärden faller även på att Sverige har ett långt utbyggt utjämningssystem just för att jämna ut skillnaderna mellan olika kommuner och regioner.³³ Bortsett från de absoluta extremfallen av geografiska och demografiska skillnader gentemot övriga landet, till exempel Norrbotten eller Jämtland, bör mer politiskt ansvar kunna utkrävas. Varför är det exempelvis stora skillnader mellan vissa regioner som har liknande förutsättningar både geografiskt och demografiskt? Ett exempel på detta är region Halland och region Uppsala. Halland presterar bättre än Uppsala i 11 av de 12 olika indikatorerna för uppfylld vårdgaranti.³⁴ Detta trots att regionerna är ungefär lika stora till ytan, har ungefär lika stor befolkningsmängd och får ungefär lika mycket i utjämningsbidrag per invånare.³⁵ Uppsala borde till och med prestera bättre utifrån demografi då de har en yngre befolkning än Halland, och unga inte är lika benägna att söka vård som äldre.³⁶

Samtidigt som det går att peka på demografi och geografi som faktorer som ger olika förutsättningar för vård finns det även sätt att jämna ut dessa skillnader. Sverige har ett av världens mest utbyggda utjämningsystem, dels genom riktade statsbidrag och dels genom omfördelning från rikare kommuner och regioner till fattigare. Trots detta är skillnaderna stora mellan olika regioner. Sedan 2014 har den socialdemokratiskt ledda regeringen justerat utjämnningen ett flertal gånger för att öka omfördelningen.³⁷ Det har varken gett effekt för kvaliteten eller tillgängligheten i vården.³⁸ Det är ytterligare ett exempel på hur de regionala skillnaderna inte beror på resurser, utan snarare på hur dessa används olika inom regionerna.

30 Regionfakta, <http://www.regionfakta.com/norrbottens-lan/geografi/> hämtad 2020-07-07; SCB, <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/kvartals--och-halvarstatistik--kommun-lan-och-riket/kvartal-1-2020/> hämtad 2020-07-15; Statistik Austria (2018).

31 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2019:4.

32 Ibid.

33 Finansdepartementet 2015-05-11, <https://www.regeringen.se/artiklar/2015/05/kommunala-utjamningssystemet/> hämtad 2020-06-24.

34 SKR (2020c).

35 SCB, <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/kommunalekonomisk-utjamning-och-utjamning-av-lss-kostnader/> hämtad 2020-07-16; <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/kvartals--och-halvarstatistik--kommun-lan-och-riket/kvartal-1-2020/> hämtad 2020-07-15.

36 SOU 2018:55; SCB, <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/kvartals--och-halvarstatistik--kommun-lan-och-riket/kvartal-1-2020/> hämtad 2020-07-15.

37 Statskontoret 2017:60.

38 SKR (2020c).

FINANSIERINGEN

Sverige utmärker sig inte i internationella jämförelser vad gäller spenderade pengar på sjukvård i förhållande till BNP. 2018 spenderade Sverige 11 procent av BNP på sjukvård. Endast fyra länder spenderade mer pengar i förhållande till BNP: USA, Schweiz, Tyskland och Frankrike. De flesta länder som rankas ha bäst sjukvård spenderar liknande summor i förhållande till sitt BNP som Sverige. Det är oavsett om de har hög andel direkt privat finansiering av sjukvården eller inte. Till exempel, av de tio länderna som jämfördes tidigare (de nordiska länderna samt Frankrike, Nederländerna, Storbritannien, Schweiz, Tyskland och USA) har Schweiz högst andel privat finansiering, cirka fyra procent av sitt BNP, men spenderar totalt endast 1,2 procent mer på sjukvård än Sverige i förhållande till BNP. Av de tio länderna är det endast USA som sticker ut genom att de spenderar nästan 17 procent av BNP på sjukvård. Att Sverige skulle spendera för lite pengar på sjukvård är därmed svårt att hävda. Flera länder som anses ha bättre sjukvård än Sverige spenderar mindre resurser, samtidigt som flera länder som anses ha sämre sjukvård än Sverige lägger mer resurser på vården. Det tyder snarare på att skattebetalarnas pengar inte används på ett effektivt sätt i Sverige.³⁹

Att mäta effektivitet i resursanvändning inom sjukvård är inte enkelt. OECD använder sig av mätindikatorn läkarkonsultationer per person under ett år. Mätindikatorn är inte perfekt då den inte tar hänsyn till hur frisk befolkningen är, och har felmarginaler. Det finns dock statistik över samtliga länder i OECD både justerat efter befolkningsmängd och i absoluta tal av indikatorn. Indikatorn bör dock inte ses som ett mått på hur effektiva läkarna är, då olika läkarkonsultationer tar olika lång tid. För att mäta effektivitet bör även sjukhusstrukturen tas i beaktande vid en jämförelse med andra länder då olika länder behandlar olika sjukdomar och skador på olika nivåer inom sjukhusstrukturen. Till exempel behandlar svenska läkare mer komplexa fall inom primärvården än i till exempel Österrike. Därför bör indikatorn ses som just effektiv resursanvändning inom sjukvården och ingenting annat.⁴⁰

Jämfört med övriga länder inom OECD placerar sig Sverige långt ner i indikatorn läkarkonsultationer per person. Endast tre länder har färre läkarkonsultationer per person. Det är Sydafrika, Costa Rica och Colombia. Sverige får 2,8 i nyckeltalet. Bland de tidigare jämförda länderna är USA närmast Sverige med ett nyckeltal på 4,0 och Schweiz nyckeltal är på 4,3. OECD menar dock att det inte behöver betyda att deras system är ineffektiva utan snarare bygger på att de har högre individuell kostnad vid ett enskilt läkarbesök än övriga länder. Systemet kan vara effektivt, men tröskeln att besöka en läkare är högre än i andra länder. Det nordiska land närmast Sverige är Danmark på 4,3 i indikatorn. För att jämföra med det land som är mest likt Sverige gällande sjukhusstruktur har Norge ett nyckeltal på 4,5. Det betyder att en läkare i Norge gör 60 procent fler konsultationer än en läkare i Sverige. Vid en sammantagen bedömning går det att dra slutsatsen att Sverige är ett av de länderna som lägger absolut mest resurser på sjukvård inom OECD, men som får ut minst till patienterna.⁴¹

I en rapport från konsultföretaget McKinsey & Company jämförs hur läkare i Sverige och Storbritannien tillbringar sina arbetsdagar. De konstaterar att en läkare i Sverige år 2014 lade i genomsnitt 40 procent av sin tid på patientarbete medan en läkare i Storbritannien tillbringade över 60 procent av sin arbetsdag med patientarbete. McKinsey & Company

39 OECD (2019a).
40 Ibid.
41 OECD (2019a).

menar att det beror på att läkare i Sverige inte har produktionsmål, och inte har tillräckligt tydliga riktlinjer för hur deras arbetsdagar ska disponeras. Det kombinerat med otydliga hierarkier sänker produktiviteten. McKinsey & Company menar även att detta inte är ett produktionsproblem utifrån att läkarna i sig är ineffektiva, utan att arbetssätten är ineffektiva.⁴²

Nästa utmaning rörande vårdens finansiering gäller kostnadsökningen. Mellan år 2000 och år 2015 har de totala sjukvårdskostnaderna inom OECD, och i Sverige, vuxit snabbare än BNP-tillväxten. Det innebär att sjukvårdskostnaderna ökar i snabbare takt än vad ekonomin växer. Det beror främst på den åldrade befolkningen i västvärlden. Medellivslängden har ökat markant och äldre får mer avancerade sjukdomar, som behandlas med mer avancerade metoder, senare i livet. För majoriteten av länderna inom OECD bedöms kostnadsökningen till följd av en åldrande befolkning till stor del redan ha skett. Sverige tillhör inte den majoriteten, och går därmed emot trenden i OECD. Sverige bedöms öka sina sjukvårdskostnader från cirka två procent snabbare än BNP-tillväxten per år till närmare tre procent till 2030. Sveriges sjukvårdssystem kan därmed både ses som ineffektivt kostnadsmässigt samtidigt som kostnaderna bedöms öka. Detta oavsett om kvaliteten på vården blir bättre eller inte.⁴³

Sisten delen inom problematiken med finansieringen av Sveriges sjukvårdssystem är regionernas ekonomier. Detta är ingenting nytt: tvärtom varnade Svenska kommunförbundet (nuvarande SKR) redan 2002 att dåvarande landstingen inte klarade ekonomin. Då var det främst till följd av åldrande befolkning, och sedan dess har även sjukvården generellt ökat i kostnad.⁴⁴ Redan innan Coronapandemin kunde flera medier rapportera om de ansträngda lägena i regionernas ekonomi. 18 av 20 regioner hade problem med sin ekonomi inför 2020 och skulle behöva göra nedskärningar.⁴⁵

Vid en snabb överblick av regionernas resultat för år 2019 ser det ut som att de flesta regioner har fått kontroll över sin ekonomi. Det samlade resultatet 2018 uppgick till 500 miljoner kronor och det preliminära utfallet för 2019 blev ett resultat på närmare nio miljarder kronor. Resultatet kan dock inte ses som att regionernas ekonomi är på rätt väg. 6,7 miljarder kronor av 2019 års resultat är orealiserade värdeökningar på finansiella placeringar och resterande del är nästan endast tillfälliga statsbidrag. Om resultatet hade räknats enbart utifrån verksamheterna hade det samlade resultatet för regionerna varit negativt. Vid en kortare återblick är det tydligt att regionernas ekonomiska situation har varit dålig länge. De senaste fem åren är det endast sju av 20 regioner som har uppfyllt balanskravet. Det ser därutöver inte ut att bli bättre med tiden. Till 2020 fick tre regioner höja skatten med minst 50 öre och SKR bedömer att flera regioner kommer att behöva göra skattehöjningar på över en krona.⁴⁶

På senare år har begreppet digital vård dykt upp i den breda befolkningens medvetande, mycket till följd av ett uppmärksammat reportage i SVT 2018. Problematiken har berott på att regionerna till en början sett detta som en del i digitaliseringen och gett de digitala vårdföretagen höga ersättningar. Under 2017 trappades användandet av de digitala vårdbesöken upp till följd av att Region Sörmland införde avgiftsfria patientbesök i primärvården. SKR reagerade på detta och tog fram nationella riktlinjer för både ersättning och patientavgifter för digitala utomlänsbesök. I skrivande stund är

42 McKinsey & Company (2019).

43 OECD (2019a).

44 Svenska kommunförbundet (2002).

45 Sveriges Radio 2019-11-11 "18 av 20 regioner har problem med ekonomin", hämtad 2020-07-04.

46 SKR (2020b).

ersättning 500 kronor per besök och patientavgiften 100 kronor. Ersättningarna är baserade på kontakt med läkare och är inklusive patientavgift. Vid kontakt med psykolog eller sjuksköterska är ersättningarna lägre. De nationella riktlinjerna för ersättningarna efterföljs dock inte i någon stor utsträckning. Det beror på att nästan samtliga digitala vårdgivare är etablerade i Södermanland och därmed är det Region Sörmland som sätter ersättningarna och sedan fakturerar patientens hemregion. Detta gör att Region Sörmland styr ersättningarna inte bara i Södermanland utan i hela Sverige.⁴⁷

Det främsta finansieringsproblemet med digitala vårdtjänster och nätläkare är regionernas hantering av den nya tekniken. Flera regioner och regionpolitiker uttrycker sig negativt gentemot det nya fenomenet.⁴⁸ Trots den negativa inställningen har flera regioner, bland annat Region Stockholm och Region Östergötland, upphandlat egna versioner av systemet. Oftast är systemen upphandlade från samma eller liknande företag som de privata utförarna redan köpt systemen ifrån. I Stockholm har regionen investerat över två miljarder kronor i nya digitaliseringssatsningar för att delvis uppnå det flera nätläkare redan utför.⁴⁹ Att spendera miljarder av skattebetalarnas pengar på IT-system vars uppgift redan verkställs av privata initiativ leder till att regionernas ekonomi försämras samtidigt som det inte ger någon extra nytta för skattebetalarna.

47 SOU 2019:42.

48 SVT 2019-11-06 "Regionpolitiker eniga: Nätdoktorer måste få hårdare regler", hämtad 2020-08-18.

49 SOU 2019:42; Stockholms Läns Landsting 2017.

ANDRA LÄNDERS SJUKVÅRDSSYSTEM

Den här rapporten undersöker sjukvårdssystemen i tre specifika länder. De länderna är Nederländerna, Tyskland och Schweiz. Nederländerna och Schweiz undersöks för att de placerar sig högt i flera internationella rankingar och till och med etta respektive tvåa på Health Consumer Powerhouse ranking över Europas bästa sjukvård. Tyskland undersöks för att det är ett av de länderna som får ut mest av sin sjukvård per krona. Sedan kommer dessa tre länders system studeras utifrån hur Sveriges problem med sjukvården kan lösas.⁵⁰

NEDERLÄNDERNA

Övergripande

Det nederländska sjukvårdssystemet utgörs av ett socialförsäkringssystem som sedan 2006 har genomgått en rad olika reformer. Socialförsäkringssystemet är uppdelat mellan en finansieringssida, som sjukkassor och privata försäkringsbolag, och en produktionssida, där främst icke-vinstdrivande sjukhus och privatpraktiserande läkare svarar för vårdutbudet. Den nederländska staten har ett övergripande ansvar för hur sjukvårdssystemet uppnår de gemensamt satta målen om kvalitet, tillgänglighet och kostnadskontroll. Statens verktyg för att nå dessa är genom regleringar och fördelning av resurser. Det främsta instrumentet som används är ett utjämningsystem för att uppnå målen om jämlik vård inom landet.⁵¹

De reformer som genomförts sedan 2006 har syftat till att etablera en reglerad marknad med valfrihet av såväl försäkringsbolag som val av vårdgivare för medborgarna. Den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen anger vilken vård som måste erbjudas försäkringstagarna av de konkurrerande försäkringsgivarna. Försäkringen ska omfatta alla medborgare och finansieras genom en enhetlig försäkringspremie och statsbidrag från skatteintäkter. Intäkterna till försäkringsbolagen fördelas efter en formel för att jämna ut de eventuella kostnadsskillnaderna hos försäkringstagarna. De kompenseras till exempel för att ha en stor andel försäkringstagare som är äldre, kroniskt sjuka eller andra kostnadsdrivande faktorer.⁵²

Försäkringen, som är obligatorisk för varje medborgare, täcker ett basutbud av vård som är statligt reglerat. Försäkringsbolagen konkurrerar med varandra och har i uppdrag att förhandla priser, ersättningar och avtal med sjukhus och andra vårdgivare. Därmed finns även en konkurrenssituation mellan olika sjukhus och andra vårdgivare, dels gentemot försäkringsbolagen för ersättning och dels för att få patienter att välja deras sjukvård. Varken försäkringsbolag eller vårdgivare kan neka en patient från att ansluta sig till försäkringen eller få vård.⁵³

50 Health Consumer Powerhouse (2015); OECD (2019a)

51 Sanandaji & Heller Sahlgren (2019a); Vox 2020-01-17 "The Netherlands has universal health insurance – and it's all private", hämtad 2020-06-29; SOU 2019:8.

52 Vox 2020-01-17 "The Netherlands has universal health insurance – and it's all private", hämtad 2020-06-29; SOU 2019:8.

53 Ibid.

Utöver den obligatoriska försäkringen med basutbudet kan patienten teckna frivilliga privata försäkringar som täcker mer än det statligt reglerade basutbudet. Dessa tjänster är till exempel tandvård, egenavgifter för läkemedel, alternativ medicin et cetera. Tjänster som inte är tillåtna att erbjuda är snabbare tillgång till vård eller ett ökat utbud av vårdtjänster.⁵⁴

Sjukhusen och specialistvården

I Nederländerna finns specialistvården främst vid sjukhusen och även vid mindre enheter och anläggningar. Universitetssjukhusen är i offentlig regi, men övriga akutsjukhus och mindre centrum, cirka 85 procent av vården, bedrivs som icke-vinstdrivande kliniker. Förutom dessa finns även specialistsjukhus, kliniska centrum och psykologcentrum som är kopplade till sjukhusen. Dessa utför alltifrån enklare behandlingar till avancerade organtransplantationer.⁵⁵

På sjukhusen är ungefär 60 procent av specialistläkarna egenföretagare och organiserade i partnerskap, eller som en läkargrupp per specialitet. Nästan 40 procent av sjukhusläkarna är anställda med fast lön. Läkargrupperna förhandlar med sjukhusen om ersättning för deras arbete, tillgång till utrustning och kapacitet med mera. Här förhandlas även läkarnas jourtider, arbete utanför kontorstid och eventuella hembesök.⁵⁶

Vid universitetssjukhusen är läkarna oftast anställda med fast lön.⁵⁷ Vissa universitetssjukhus samarbetar med olika centrum om specialbehandlingar och inriktningar. År 2015 fanns det 91 akutsjukhus i Nederländerna med akut service dygnets alla timmar samtliga dagar i veckan. Sedan dess har flera initiativ tagits för att förbättra samordningen mellan akutsjukvården och allmänläkarna. Överenskommelsen förhandlas mellan sjukhusen och de professionella organisationerna eller företagen. Det har resulterat i en förbättrad bedömning av patienternas medicinska allvarlighetsgrad. Detta har i sin tur resulterat i minskat antal onödiga besök på akutsjukhusen och kortare väntetider vid akutmottagningen. Denna bedömning görs av utbildade sjuksköterskor.⁵⁸ Det innebär att sjuksköterskor skulle kunna neka en patient akutsjukvård för att istället hänvisa till allmänläkare.⁵⁹

Ersättningar

Prestationsbaserade ersättningar till sjukhusen är vanligare i Nederländerna än i Sverige. För sjukhusen innebär ersättningen att deras intäkter baseras på kontrakt de sluter med olika försäkringsgivare. Modellen är på så sätt mycket decentraliserad. Detta vägs upp av flera centraliserade institutioner som övervakar och reglerar marknaden. Det finns ett antal statliga myndigheter för att kontrollera såväl försäkringsgivare som vårdgivare. *Zorginstituut Nederland* ansvarar för att basutbudet innehåller de obligatoriska tjänsterna hos försäkringsgivarna samtidigt som de utför kvalitetskontroller hos vårdgivarna. Sedan följs befolkningens hälsa upp av Nederländernas motsvarighet till Folkhälsomyndigheten, *Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu*.⁶⁰

54 Vox 2020-01-17 "The Netherlands has universal health insurance — and it's all private", hämtad 2020-06-29; SOU 2019:8.
55 Kroneman m.fl. (2016).
56 SOU 2019:8.
57 Kroneman m.fl. (2016).
58 Ibid.
59 SOU 2019:8.
60 Ibid.

Nederlandse Zorgautoriteit, en oberoende enhet finansierad av Hälsodepartementet, övervakar och reglerar marknaden mellan försäkringsgivare och vårdgivare. Myndigheten har utvecklat ett system för att se hur effektivt och korrekt vårdgivare ställer diagnoser och ger behandlingar – ett så kallat *Diagnosis-Treatment Combinations (DBC)*-system. Antalet DBC-klassificeringar ligger till viss grund för ersättningarna försäkringsgivarna får.⁶¹

Ersättningen till sjukhusen består av två delar. En fast del för vård där en förhandlad prissättning mellan parterna inte är möjlig, när patienten kräver avancerade och komplexa vårdtjänster. Exempel på detta är svår cancervård, transplantationer eller traumavård där antalet vårdgivare är lågt. Den andra delen är rörlig och berör det som kan betecknas som traditionell vård. Där förhandlas priserna mellan försäkringsgivare och vårdgivare. Den delen motsvarar cirka 70 procent av vårdgivares intäkter. Vårdgivarna rapporterar in utfallet till myndigheten. Tjänsterna är reglerade medan priserna är förhandlingsbara mellan parterna regionalt eller lokalt. Varje försäkringsbolag förhandlar med de sjukhus som levererar vård. För en del försäkringsgivare resulterar detta i en budget för en angiven tidsperiod, medan andra använder sig av avtal efter pris för och volym av behandlingar.⁶²

I dag kostar den obligatoriska försäkringen 1400 euro, eller drygt 14 000 kronor, per år för den genomsnittlige nederländaren. För de som inte har råd med försäkringen, till exempel socialbidragstagare, betalar staten försäkringen, men patienten väljer fortfarande försäkring. Vid sjukhusbesök kan patienten behöva betala en självrisk. Självriskerna har ett maxtak på 385 euro eller knappt 4 000 kronor. Patienterna kan välja att få en billigare försäkring men med högre självrisk.⁶³

Sammanfattningsvis kan kostnaderna för patienten och ersättningarna för vårdgivarna beskrivas som att patienten står för sina egna kostnader vid traditionell vård. Vid avancerad och kostnadsdrivande vård övergår det till ett solidariskt sjukvårdssystem där samtliga skattebetalare bidrar till vården.⁶⁴

TYSKLAND

Övergripande

Tyskland har haft ett socialförsäkringssystem med ansvar för hälso- och sjukvården i över 200 år. Systemet infördes under kejsaren Otto von Bismarck under 1800-talet, men har utvecklats sedan dess. Då Tyskland sedan inte frångått systemet är det ett av världens äldsta sjukvårdssystem. Det som utmärkte systemet är delstaternas autonoma styrning av sjukvården inom deras givna geografiska område men med vissa statligt angivna riktlinjer. Systemet är decentraliserat inom såväl finansiering som produktionen. Regionala och lokala sjukvårdssystem ansvarar för finansieringen, samtidigt som privatläkare och självstyrande sjukhus svarar för produktionen. Sedan systemets införande har främst den statliga regleringen ökat. I dag har de 16 delstatsregeringarna, motsvarande svenska regioner, ansvar för sjukvårdens struktur och regionala regleringar, och förhandlar med professionen om vårdens riktning. När förhandlingarna sker är det främst

61 Kroneman m.fl. (2016); SOU 2019:8.

62 Ibid.

63 Vox 2020-01-17 "The Netherlands has universal health insurance — and it's all private", hämtad 2020-06-29.

64 Vox 2020-01-17 "The Netherlands has universal health insurance — and it's all private", hämtad 2020-06-29; SOU 2019:8.

läkarprofessionen som har störst inflytande, snarare än politiker. Decentraliseringen har resulterat i vissa regionala skillnader mellan delstaterna, där staten ansvarar för att garantera en likvärdig vård i hela landet.⁶⁵

Likt Nederländerna finansieras Tysklands sjukvårdssystem av lagstadgade obligatoriska sjukförsäkringar. Dessa omfattar cirka 85 procent av befolkningen. I januari 2014 fanns det 132 olika sjukkassor som hanterar försäkringen. Två tredjedelar av medborgarna som täcks av socialförsäkringen är anslutna till någon av de tio största sjukkassorna. De flesta andra drygt 100 sjukkassorna är öppna för samtliga medborgare, men ett fåtal är inriktade på vissa specifika yrkesgrupper. Tidigare fanns det även begränsningar av sjukkassan av även geografiska skäl. Antalet sjukkassor har minskat drastiskt de senaste åren. Från över 1200 stycken år 1993 till 132 stycken januari 2014. Främst är det de yrkesspecifika sjukkassorna som har minskat i antal. Den genomsnittliga sjukkassan hade år 2014 cirka 620 000 medlemmar. Det kan jämföras med den genomsnittliga regionen i Sverige med 476 000 invånare.⁶⁶

Inbetalningen kommer från försäkringstagaren och dess arbetsgivare. Totalt motsvarar premien 14,6 procent av bruttolönen. Staten och delstaterna täcker de resterande cirka fem till tio procenten av de totala kostnaderna. Premierna är procentuellt baserade på inkomst till ett maxbelopp. Om en försäkringstagare inte har möjlighet att betala premien, på grund av inkomstbortfall eller sjukdom, betalas premien av staten istället. Trots att försäkringen är obligatorisk finns det möjlighet för de med högre inkomster att ersätta den med en privat försäkring istället. Dessa bidrar fortfarande till den gemensamma försäkringen, men kan få andra förmåner som inte ingår i den obligatoriska försäkringen. I dag är cirka nio miljoner tyskar fullt försäkrade privat, cirka 10 procent av befolkningen.⁶⁷

Sjukhusen och specialistvården

Sjukhusen i Tyskland är uppdelade i två olika inriktningar: sjukhus som har inriktning mot slutenvård och sjukhus som är riktade mot den öppna specialiserade vården. Den öppna specialiserade vården bedrivs främst av privatpraktiserande läkare utanför sjukhusen. Inom den traditionella vården finns det även en uppdelning mellan sluten- och öppenvård. Dessa har olika organisationsstrukturer och olika modeller för ersättningar. Likt Nederländerna har flera försök gjorts för att öka samarbetet mellan de olika vårdformerna. Dessa försök har hittills inte givit några större resultat.⁶⁸

Delstaterna ansvarar för utbudet av vårdplatser inom delstaterna. De flesta sjukhusen drivs i offentlig regi av delstaterna eller i privata icke-vinstdrivande regi. Vinstdrivande sjukhus finns men står för en mindre del av utbudet. Delvis beror detta på tidigare regleringar: under de senaste åren har flera avregleringar för vinstdrivande sjukhus genomförts och andelen har ökat sedan dess. Vidare drivs de större akutsjukhusen och universitetssjukhusen oftast i offentlig regi och läkarna är anställda av sjukhusen.⁶⁹

De offentliga sjukhusen är i jämförelse med Sverige relativt självständiga och politiker är i regel inte representerade i sjukhusens direktion eller styrelse. Helt fria tyglar har de inte vad gäller nyetablering, investeringar och ändrad kapacitet. Delstaterna har som

65 Busse & Blümel (2014); SOU 2019:8.
66 Ibid.
67 Ibid.
68 Ibid.
69 Ibid.

uppgift att ta fram sjukbehovsplaner, där det framtida behovet i form av antal vårdplatser, inriktning och geografisk placering utreds. Dessa planer reglerar utbudet av sjukhusvård som förbundsstaterna upprättar i sina förhandlingar mellan sjukförsäkrarna och sjukhusen. Förhandlingarna mellan sjukförsäkrarna och sjukhusen berör främst driften och styrs i störst utsträckning av deras ersättningsystem (DRG-systemet). Kvalitetssäkringen görs av en statlig myndighet.⁷⁰

Tysklands tillgång till läkare per invånare är i ett internationellt perspektiv bland de högsta. Ungefär hälften av dem arbetar på sjukhusen, cirka 40 procent inom öppenvården och resterande tio procent inom administration, industrin och dylikt. Lika detaljerad statistik finns inte för Sverige. Enligt Läkarförbundets medlemsregister utgör sjukhusläkarna över 70 procent av läkarkåren i Sverige.⁷¹

Den specialiserade fysiska vården är uppdelad mellan slutenvård och öppenvård. Trots detta har läkare möjlighet att arbeta inom de båda sektorerna. För att privata sjukhus, eller läkare med egen praktik, ska få ersättning för behandlingar från socialförsäkringen behöver de tillstånd. Det finns två typer av tillstånd. Den första avser läkare vid öppenvård som behandlar patienter vid sjukhus. I den typen används *fee-for-service*-principen. Sjukhuset debiterar sjukförsäkraren utefter de tjänster som patienten fått i sin behandling. Tjänsterna innefattar bland annat utrustning, övernattningskostnader och personalkostnader. I den andra typen hyr sjukhusen in en läkare under en period mot lön, likt att läkaren utför en konsulttjänst åt sjukhuset. Här är ersättningen inte reglerad utan sätts genom överenskommelse mellan sjukhuset och den enskilde läkaren. Den tjänsten tillämpas främst när sjukhusen saknar kompetens för att utföra den behandling som patienten behöver eller för tillfälliga toppar i efterfrågan av vård. Inom öppenvården tillämpas dessa två typer i ungefär lika stor utsträckning.⁷²

Sjukhusen har regleringar för att kunna leverera minst ett visst antal behandlingar per behandlingstyp. Dessa minimikrav fastställs i förhandlingar mellan sjukförsäkrarna och sjukhusens centralorganisation samt motsvarande för professionen, *Landesärztekammern* och *Bundesärztekammer*. De har en lagstiftad process där de utgår från vissa parametrar och tidigare års statistik.⁷³

Delstaterna ansvarar för att deras geografiska områden innehar en viss tekniskstandard för att kunna täcka vissa behov. Denna teknologi innefattar till exempel datortomografi, magnetröntgen och stötvågsbehandling. Det innebär att även delstaterna står för eventuella reparationer och annat underhåll av maskinerna. Om ett sjukhus självt vill investera i en sådan maskin krävs det tillstånd av delstaten för att få göra investeringen. Den regleringen finns för att de statliga stöden främst ska gå till behandlingar och inte till sjukhusmaskiner.⁷⁴

70 Busse & Blümel (2014); SOU 2019:8.

71 Rehnberg (2016); SOU 2019:8.

72 Busse & Blümel (2014); SOU 2019:8.

73 SOU 2019:8.

74 Busse & Blümel (2014); SOU 2019:8.

Ersättningar

Precis som Nederländerna är Tysklands ersättningssystem främst prestationsbaserat. Staten och delstaterna har dock mer inflytande över ersättningar än i Nederländerna. Inflytandet tar sig uttryck genom lagstiftning och regleringar av sjukhusstrukturen samt utformningen av ersättningssystemet. De har dock inte inflytande över de olika ersättningarna. De tarifferna bestäms genom förhandlingar mellan sjukförsäkrarna, sjukhusen och delstaterna.⁷⁵

Ersättningarna till läkare som är kontrakterade eller arbetar i öppenvård utanför sjukhusen hanteras separat. Ersättningen från sjukförsäkrarna till läkare baseras antingen på en prestationsersättning eller beror på den läkarorganisation som är aktiv i delstaten. Dessa har oftast också en prestationsbaserad ersättning men det bestäms mellan läkaren och läkarorganisationen. På så sätt har läkarna och professionen ett stort inflytande över hur intäkterna fördelas mellan deras medlemmar och deras olika specialiseringsriktningar. Det prestationsbaserade systemet är också dominerande bland läkarna som arbetar utanför sjukhusen.⁷⁶

Ersättningarna för läkare inom öppenvården förhandlas varje år i varje delstat mellan sjukförsäkrarna i den specifika regionen och läkarorganisationen. Den överenskommelse som dessa sluter gäller samtliga läkare inom deras region som är medlemmar i socialförsäkringssystemet. Ersättningen är enhetlig vilket innebär att alla vårdgivare inom en specialitet har samma ersättning. Det finns viss flexibilitet inom systemet för vissa vårdgivare där viss vård som är extra kostnadsdrivande eller saknar större utbud kan få annan ersättning. För patienter med privat försäkring finns inga regler för hur ersättningen ska utformas utan det sker i förhandling mellan försäkringsgivarna och den enskilda läkare eller läkargruppen.⁷⁷

SCHWEIZ

Övergripande

Schweiz har ett sjukvårdssystem som liknar både Nederländerna och Tysklands. Det karaktäriseras av konkurrens och decentralisering, där staten och kantonerna (motsvarande Sveriges regioner) reglerar vården som till stor del drivs och finansieras privat.⁷⁸

På grund av Schweiz federala styrning med relativt självständiga kantoner kan vården och vårdsystemen se olika ut mellan de olika kantonerna. De senaste årtiondena har systemen gått mot att bli mer enhetliga och framför allt finansieringen har övergått till ett mer centralstyrt system. I grunden är systemet baserat på privata försäkringar som varit obligatoriska i hela landet sedan 1996 för att skapa ett universellt konkurrensutsatt system med täckning i hela landet. Det innebär att samtliga invånare i Schweiz behöver teckna en individuell privat sjukförsäkring. Det gäller även för de som besöker landet och ämnar stanna längre än tre månader. Det hör inte till vanligheterna att försäkringen betalas eller delbetalas av arbetsgivaren eftersom den är individuell och behöver tecknas av samtliga i varje hushåll. Precis som i Nederländerna har försäkringsgivarna inte möjlighet att neka

75 SOU 2019:8.

76 Busse & Blümel (2014).

77 SOU 2019:8.

78 Sanandaji & Heller Sahlgren (2019b).

enskilda kunder eller patienter att teckna grundförsäkringen. Detta resulterar i praktiken i att unga och friska betalar för äldres och sjukas vård. Staten har reglerat så att grundförsäkringen inte får variera i pris mellan olika individer om de har tecknat med samma bolag och bor i samma region. Försäkringspremien för låginkomsttagare, socialbidragstagare och andra utsatta grupper subventioneras av staten, kantonerna eller kommunerna. Vart försäkringspremien subventioneras bestäms utan i vilken av grupperna som patienten tillhör.⁷⁹

Försäkringsgivarna får enligt lag inte göra vinst på grundförsäkringen. De får dock göra vinst på tilläggsförsäkringar. Det har resulterat i att försäkringsbolagen oftast består av två olika delar: En icke-vinstdrivande del som tillhandahåller den obligatoriska grundförsäkringen och en vinstdrivande del som tillhandahåller de frivilla tilläggsförsäkringarna. De frivilliga försäkringarna regleras fortfarande av myndigheter, men försäkringsgivarna har större möjlighet att ha olika försäkringspremier och bestämma vad som ingår i försäkringen. Försäkringsgivarna har även möjlighet att neka personer den frivilliga försäkringen beroende på deras sjukdomshistorik.⁸⁰

Lägstapriset för premierna bestäms av en central myndighet. De är beräknade så att de ska täcka kostnaderna för en försäkrad patient inom dennes kanton. Det innebär att priset kan variera beroende på vilken kanton försäkringstagaren bor i. Den genomsnittliga årliga försäkringspremien var 2016, för en vuxen med minsta möjliga självrisk, mellan cirka 37 000 kronor och 62 000 kronor, beroende vilken kanton personen bodde i. Det kan jämföras med medelregionskatten för en medelinkomsttagare i Sverige som år 2020 är cirka 49 000 kronor per år.⁸¹ Självrisk kan variera mellan 2 800 kronor för en vuxen och gratis för barn till cirka 23 700 kronor för vuxna och 5 600 kronor för barn. Allt detta beror på vad försäkringstagaren väljer.⁸²

Sjukhusen och specialistvården samt ersättningar

Även vården på produktionssidan är mer konkurrensutsatt i Schweiz än i Sverige. Öppenvården består främst av konkurrerande egenanställda läkare som arbetar på oberoende kliniker där de både erbjuder primär- och specialistvård. Patienterna får på så sätt hög valfrihet att välja både läkare och sjukhus. I strukturen finns snabb tillgång till all slags vård genom att de inte har behov av remisser. Under de senaste åren har fler och fler läkarnätverk och andra hälso- och sjukvårdsorganisationer etablerat sig. Dessa skriver kontrakt med försäkringsgivare om att ge vård direkt till patienten. Dessa kontrakt minskar de totala sjukvårdskostnaderna genom att antalet mellanhänder minskar, och ökar patienternas valmöjligheter genom ett högre antal vårdgivare. År 2012 hade cirka 21 procent av försäkringstagarna en sådan försäkring.⁸³

Av de schweiziska sjukhusen drivs cirka 21 procent i offentlig regi, 25 procent av icke-vinstdrivande organisationer och över 50 procent av vinstdrivande företag. Tidigare var konkurrensen mellan sjukhusen lägre då valmöjligheten mellan kantonerna var begränsad. Men sedan 2012 har patienterna fått välja fritt även utanför sin egen kanton. Redan ett år efter reformen hade nästan 20 procent valt ett sjukhus utanför sin kanton. Det var ett

79 De Pietro m.fl. (2015); Sanandaji & Heller Sahlgren (2019b).

80 De Pietro m.fl. (2015).

81 SCB, http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_OE_OE0101/Kommunalskatter2000/table/tableViewLayout1/# hämtad 2020-07-26; <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/medelloner-i-sverige> hämtad 2020-07-26.

82 De Pietro m.fl. (2015); Sanandaji & Heller Sahlgren (2019b).

83 De Pietro m.fl. (2015).

bevis för att konkurrensen mellan sjukhusen hade ökat. Ersättningen följer i regel med patienten från den kanton den bor i till den kanton där patienten genomgår behandlingen. Detta skulle kunna jämföras med ersättningarna för kundvalet inom skolan i Stockholmsområdet. Det finns ingen direkt utjämning för skillnaden i ersättning utan, precis som med kundvalet inom skolan, menar man att skillnaderna jämnas ut automatiskt.⁸⁴

Ersättningarna från försäkringsgivarna till sjukhusen förhandlas av parterna själva där centrala myndigheter övervakar processen. Dels i för att kostnaderna inte ska skena och dels för att ingen av parterna ska fuska. På så sätt har politiker, likt i Nederländerna och Tyskland, inget direkt inflytande över ersättningarna. Politikernas enda uppgift är att sätta taket och grundnivån för grundförsäkringen.⁸⁵

84 De Pietro m.fl. (2015).
85 Sturny (2020).

LÄRDOMAR SVERIGE KAN TA VARA PÅ

Först bör det konstateras att sjukvårdssystem är komplexa och att en lösning som passar alla länder förmodligen inte finns. Vidare går det dock att se fördelar med varje undersökt lands olika system och Sverige bör ta inspiration från samtliga av dem vid framtagning av ett eget sjukvårdssystem.

Sverige har ett vägval att göra, som många andra länder har gjort under 2000 och 2010-talet. Nästan inget annat jämförbart land har vidhållit ett liknande universellt system med samtidigt autonoma regioner. De flesta länder har gått mot ett sjukvårdsförsäkringssystem eller mot ett mer centraliserat system. Dessa skillnader går inte heller att hänvisa till någon specifik politisk inriktning. Till exempel har Konservativa partiet i Storbritannien gått mot ett mer statligt centraliserat system medan det i Nederländerna var Moderaternas systerparti, *Christen-Democratisch Appèl*, som införde sjukförsäkringssystemet.⁸⁶

KORTARE VÅRDKÖER

Det är tydligt att med färre regleringar och med konkurrens mellan olika sjukhus, både som vårdplatser och arbetsgivare, ökar effektiviteten bland läkare. De prestationsbaserade pengsystemen ger kortare vårdköer och fler läkarbesök. Här sticker Tysklands och Nederländernas system ut i statistiken för läkarkonsultationer per 100 000 invånare. Båda systemen bygger på att ge läkare organisatorisk frihet, vilket har tur lett till att de främst organiserat sig som egenföretagare eller i mindre läkargrupper. Till stor del bygger sedan deras löner eller vinst på hur många patienter de lyckas behandla. På så sätt har inte bara försäkringsbolaget utan även läkaren och sjukhuset incitament att behandla många patienter snabbt. Det har varit vägvinnande för samtliga länder för att få kortare kötider.⁸⁷

Viktigt att påpeka i detta är inte är någon större skillnad i lönestruktur för de privata, icke vinstdrivande eller de offentliga sjukhusen. För att få ett komplett system behöver detta prestationsbaserade system även vägas upp med icke-prestationsbaserade system. All vård har inte samma behov av läkarresurser. Dessa prestationssystem fungerar endast inom akutsjukvården, primärvården och de vanligare specialistområdena. Nederländerna har löst det genom att avtala att läkare måste arbeta inom flera områden än just sitt eget för att väga upp detta. Tyskland har ett system med främst satta avgifter för den mer avancerade vården och vård som inte är ekonomiskt lönsam.⁸⁸

Förutom att ha obligatoriska försäkringar och mera prestationsbaserade ersättnings- och lönesystem har samtliga jämförda länder en annan sak gemensamt som kortar vårdköerna: De har högre egenavgifter i vården än Sverige. Länderna sköter detta på olika sätt men alla tre har högre kostnad för ett läkarbesök än Sverige. I Sverige är patientavgiften mellan 100 kronor i Västra Götaland och 300 kronor i Jämtland-

86 Ruth (2020); Sturny (2020).
87 SOU 2019:8
88 Ibid.

Härjedalen. Samtidigt är högkostnadsskyddet i Sverige 1100 kronor per år. Det kan jämföras med Schweiz, som har högst egenavgifter av de jämförda länderna. Deras utgiftstak (högkostnadsskydd) varierar mellan 9 000 och 28 800 kr per år, beroende på försäkring.⁸⁹

Det finns flera studier på hur egenavgifter påverkar personers benägenhet att söka vård. Flera är gjorda i USA, men det finns även studier gjorda i Sverige. I en av dem undersöktes skillnaden i besöksbenägenhet mellan de som fyllt 20 år, och därmed var utan patientavgift, och de som fyllt 21 år, och hade 100 kronor i patientavgift. Studien kom fram till att besöksbenägenheten sjönk med sju procent när vården slutade vara avgiftsfri. Detta kallas för *post moral hazard* som innebär att personer som upplever en tjänst som gratis har en större benägenhet att använda tjänsten än en person som får betala en summa för tjänsten, även om summan endast är symbolisk. Forskning har också gjorts inom sjukvården som visar att fenomenet även finns där. Detta kan påvisa att Nederländernas, Tysklands och Schweiz högre egenavgifter har en direkt påverkan på deras kortare värdköer.⁹⁰

LIKVÄRDIGARE VÅRD

Jämlikheten i vården är större i samtliga jämförda länder än i Sverige. Argumentet mot att patienter ska stå för en större del av kostnaden av sjukvård är att det skulle motverka jämlikheten i vården.⁹¹ Samtliga jämförda länder har olika system för att hjälpa de individer som själva kan ha svårt att betala hela eller delar av sjukvårdsförsäkringen. I ojämlikhet i dödlighet beroende på utbildningsnivå, som nämndes som ett jämlikhetsproblem av Gauffin, Hogstedt, & Östergen på Katalys, presterar Schweiz bättre än vad Sverige gör. Schweiz presterar också bättre än Norge och Danmark som båda har liknande system som Sverige. När vissa menar att universella sjukvårdssystem skulle leda till mer jämlikhet bevisar Schweiz snarare motsatsen. Det beror på att med Schweiz system säkras tillgången till vård för samtliga medborgare. Ojämlikheten i dödlighet i Sverige skulle kunna förklaras av att med långa köer har de med högre utbildning och större sociala nätverk andra vägar att ta sig förbi kön, till exempel med hjälp av kontakter.⁹²

Vidare har Tyskland och Schweiz löst den geografiska likvärdigheten på olika sätt. Tyskland har riktade statsbidrag till sjukhus i områden som inte är lönsamma genom endast försäkringsersättningarna. Schweiz har gjort det dels genom statsbidrag och dels genom att ha differentierade basbelopp för den obligatoriska försäkringen. Nederländerna har inte samma geografiska utmaning då landet har nästan dubbelt så hög befolkningstäthet som Tyskland och Schweiz. Därmed är inte omfördelning lika avgörande där. Men både Tyskland och Schweiz visar att det går att stötta de sjukhus som etableras där färre personer är bosatta.

När likvärdig vård diskuteras tas ofta privata aktörers vara eller icke vara inom sjukvården upp.⁹³ Alla tre jämförda länder tillåter privata aktörer inom sjukvården och i samtliga av dessa består primärvården främst av privata aktörer. I Nederländerna bedrivs sjukhusen främst som icke-vinstdrivande konsortium där läkarna eller läkargrupperna hyr in sig

89 OECD (2019a); Riddarsparre (2020).

90 Einav & Finkelstein, Journal of the European Economic Association (2018); Riddarsparre (2020).

91 Sanandaji & Heller Sahlgren (2019b).

92 Sanandaji & Heller Sahlgren (2019b); Gauffin m.fl. (2018).

93 Säterberg m.fl. 2019-07-01 "S svarar om likvärdig vård", hämtad 2020-07-25.

på sjukhusen för att få ha sina lokaler. I både Tyskland och Schweiz kan sjukhusen vara vinstdrivande och är ofta organiserade på så sätt. Inom alla de tre länderna finns dock flera offentligt drivna sjukhus, exempelvis genom att alla deras universitetssjukhus drivs i offentlig regi eller att offentlig drivna sjukhus finns i regioner där det saknas tillräckligt med privata mottagningar. Det finns därmed ingen motsättning mellan att ha offentliga sjukhus eller mottagningar och samtidigt ha ett sjukförsäkringssystem.

Nederländerna, Tyskland och Schweiz har alla myndigheter eller andra kontrollfunktioner som garanterar att sjukhus och rätt teknik finns att tillgå inom ett givet område. Tyskland har till och med kontrollfunktioner för att se till att det inte byggs för många sjukhus eller mottagningar eller köps in för mycket teknik inom varje givet område, för att varje medborgare ska kunna bli garanterad rätt vård i sitt område.

EFFEKTIVARE FINANSIERING

Den främsta styrkan i de tre jämförda ländernas system är maktdelningen mellan det offentliga och det privata. Mycket av de ekonomiska problemen med Sveriges modell går att härleda till regionernas position som både finansiär, beställare och utförare. När regionerna på så sätt gör upphandlingar eller beställningar agerar de på en marknad som de själva har skapat och som de samtidigt är aktör på. Det skapar en osund konkurrens mellan det privata och det offentliga. Nederländerna, Tyskland och Schweiz har alla en tydlig indelning mellan dessa – Nederländerna och Schweiz genom sjukförsäkringar och Tyskland genom sjukkassor.⁹⁴

Att finansiärerna förhandlar direkt med sjukhusen och läkarna minskar antalet mellanhänder och på så sätt kan kostnaderna minska. En annan nyckel till att dessa tre länder lyckas hålla kostnaderna nere är genom att de har en reglerad marknad för försäkringsgivarna eller sjukkassorna. Genom att reglera antalet auktoriserade försäkringsgivare lyckas de olika försäkringsgivarna få tillräckligt många anslutna till sina försäkringar vilket gör att de kan sluta billigare avtal med sjukhusen och läkarna. Detta kan jämföras med USA som har en reglerad sjukförsäkringsmarknad, men inte lika långtgående regleringar som Nederländerna, Tyskland och Schweiz. Många av USA:s finansieringsproblem kan härledas till att det finns för många aktörer på sjukförsäkringsmarknaden, och att många tillåts agera oseriöst. Med många aktörer lyckas försäkringsbolagen inte få tillräckligt många anslutna till sin försäkring som i sin tur leder till sämre avtal med sjukhusen.⁹⁵

Traditionellt sett brukar privata alternativ, eller icke-offentlig drift, ses som ett sätt kunna effektivisera ekonomin och produktionen. I fallet sjukvård är inte det lika självklart. Av de tre länderna som beskrivits i rapporten är det endast ett av dem som efter andel av BNP lägger mindre resurser på sjukvård än Sverige. Både Tyskland och Schweiz spenderar mer pengar på sjukvård än Sverige och Nederländerna som andel av BNP. Tyskland och Schweiz är även de två av de fyra länderna som har störst del icke-offentlig finansiering. Att därmed skjuta över allt för stora delar av kostnaden på enskilda individer är ingen garanti för att de totala sjukvårdskostnaderna minskar. Det kan dock ha andra positiva effekter så som mer medvetna och aktiva konsumenter där ansvarsutkrävande underlättas.⁹⁶

94 Sanandaji & Heller Sahlgren (2019b); SOU 2019:8; Sturmy (2020).

95 Tikkanen & Abrams (2020).

96 Ibid.

SLUTSATSER

Sammanfattningsvis har Sverige tre stora lärdomar att dra av Nederländerna, Tyskland och Schweiz vid utformningen av ett nytt finansieringssystem för sjukvården. För det första är det avgörande att särskilja finansiering, beställning och produktion från varandra. För det andra är det gynnsamt att ge läkare större organisatorisk frihet och skapa större möjlighet för prestationsbaserade lönesystem och ersättningar inom såväl det offentliga som det privata. Och för det tredje skapas jämlik vård enklast genom att göra vården mer tillgänglig, snarare än att sprida ut kostnader på fler invånare.

MODERATA UNGDOMSFÖRBUNDETS SJUKVÅRDSSYSTEM

Som tidigare beskrivet är Nederländernas, Tysklands och Schweiz försäkringssystem väldigt individuella för varje enskilt land och att kopiera något av dessa rakt av skulle sannolikt inte fungera för Sverige. Det som däremot borde göras är att ta inspiration av fördelarna med de olika systemen för att sedan utefter dem utveckla ett eget sjukförsäkringssystem.

ETT EGET FÖRSÄKRINGSSYSTEM

Samtliga internationella rankingar som redovisas i rapporten visar att ett sjukförsäkringssystem med obligatoriska sjukförsäkringar skapar både effektivare finansiering och bättre tillgänglighet än centraliserade system. Samtidigt är de bättre på att garantera jämlikhet i vården. Därför bör Sverige införa ett sjukförsäkringssystem med obligatoriska försäkringar, med grundförsäkring och tilläggsförsäkring.

Priset för grundförsäkringen bör vara en procentsats av en skattebetalares lön med ett visst prisgolv och med ett pristak, likt Tysklands och Schweiz system. Detta för att skapa flexibilitet för försäkringstagaren att välja huruvida den vill ha en högre grundpremie och lägre självrisk eller vice versa. Anledningen till att priset på grundförsäkringen innan prisgolvet ska avgöras av försäkringstagarens inkomst är för att inte skapa för stora kostnadsskillnader när en person går från bidrag till arbete. Staten bör även garantera att medborgare som lever på knappa resurser, till exempel försörjningsstöd, får möjlighet att köpa en försäkring. Det kan göras genom att staten betalar delar eller hela försäkringen för personen.

För att garantera att försäkringsgivarna sköter sitt uppdrag bör dessa regleras och bevakas av en central myndighet. I Sverige kan den myndigheten exempelvis vara Finansinspektionen, eller en helt ny myndighet, då den redan bevakar den vanliga försäkringsmarknaden och försäkringsgivarna. En del i regleringen ska vara att försäkringsgivarna inte ska ha möjlighet att neka försäkringstagare beroende på kön, ålder eller medicinsk historia. Detta för att garantera att samtliga medborgare har samma möjlighet att få vård.

En avgörande del i sjukvårdssystemen i Nederländerna, Tyskland och Schweiz är att de har reglerat sina försäkringsgivare så att vinst inte får göras på grundförsäkringen eftersom pengarna ska användas till sjukvården och för att försäkringsgivarna ska vara patienternas representant gentemot läkarna. Däremot bör försäkringsgivarna ha möjlighet att gå med vinst på tilläggsförsäkringar som de kan sälja till försäkringstagaren. En viss frihet bör finnas för försäkringstagarna och försäkringsgivarna att kunna justera sina grundpremier och självrisker för att skapa valfrihet för försäkringstagarna och konkurrens mellan de olika försäkringsgivarna.

Den sista bärande delen av det nya försäkringssystemet är att öppna upp för högre egenavgifter inom vården än vad som finns i dag. Här bör flera avvägningar göras. Låga egenavgifter kan resultera i ekonomiska vinster till följd av att volymer på

upphandlingar och liknande kan hålla nere kostnaderna. Forskningen visar även tydligt att låga egenavgifter leder till ett ökat nyttjande av vården – nyttjande som inte alltid är nödvändigt. Sverige har i dag några av världens lägsta patientavgifter. Samtidigt uppger en ungefär lika stor andel av befolkningen i Schweiz, som har högst egenavgifter av alla jämförda länder i rapporten, att de undvikit att söka vård på grund av höga kostnader som andelen i Sverige, enligt studier av Commonwealth Fund.⁹⁷ Patienterna gör ett omedvetet val att avstå från att söka sig till vården.⁹⁸ De upplever därmed inte att de har undvikit vården. På så sätt är högre egenavgifter ett bra sätt att undvika att vården överutnyttjas utan att personer medvetet avstår vård på grund av höga kostnader.⁹⁹

SAMSPLET MELLAN DET OFFENTLIGA OCH DET PRIVATA

Nederländerna, Tyskland och Schweiz tillåter alla att sjukhus och mottagningar drivs privat. Att därmed påstå att icke-offentliga aktörer i vården skulle försämra kvaliteten saknar bäring eftersom länderna inte presterar sämre än Sverige i jämförelser av vårdkvaliteten. Alla tre länder tillåter också vinstdrivande sjukhus och praktiker, utan några större begränsningar. Det är till och med så att icke-offentliga aktörer står för en majoritet av vården i de tre länderna eftersom de alla har en modell där det offentliga oftast driver sjukhus där det inte anses finnas tillräckligt många privata vårdplatser. För att inte hämma konkurrensen bör Sverige anamma ett liknande system. Där vårdbeståndet inte behöver offentlig inblandning ska inte heller det offentliga driva eller bygga sjukhus eller andra mottagningar.

Det finns dock risk för att det privata inte alltid räcker till, exempelvis på grund av demografi. Då bör det offentliga garantera att personer som bor i sådana områden får vård. I Sverige ansvarar regionerna för att inom sitt geografiska område avgöra behovet av antalet vårdplatser. Det har dock inte varit felfritt. Vissa regioner behöver göra ekonomiska prioriteringar som får stora konsekvenser för tillgängligheten till vård för många människor. Ett av de mest uppmärksammade fallen är nedläggningen av BB-verksamheten i Sollefteå i Region Västernorrland, vilket resulterade i att vissa kvinnor behövde resa över 20 mil längre för att få sin förlossningsvård. Det är bland det längsta resorna patienter från en medelstor stad får göra i Sverige för vård.¹⁰⁰

Problematiken ligger i att vissa regioner har för stort ansvar att tillhandahålla vård i förhållande till sitt skatteunderlag. Det finns krav på regionerna att tillhandahålla vissa större sjukhusinsatser på större orter, vilket slår ut andra mindre sjukhusinsatser på mindre orter. Resultatet blir att vissa regioner tvingas prioritera specialistvård före viss primärvård.¹⁰¹ För att undvika detta bör man förändra sjukvårdsregionerna i Sverige till att omfatta mindre geografiska områden och även ta hänsyn till fler demografiska parametrar, till exempel benägenhet att söka vård och antalet olyckor vid närliggande arbetsplatser. Det uppdraget borde ges till Socialstyrelsen som redan har i uppdrag att se över Sveriges hälso- och sjukvård.¹⁰² På så sätt kan Socialstyrelsen fatta strategiska beslut kring vilka områden som behöver fler enklare mottagningar och vilka områden som behöver mer specialisering. I de områden där Socialstyrelsen menar att det saknas vårdplatser bör myndigheten även få i uppdrag att upphandla entreprenader för att

97 Commonwealth Fund (2016).

98 Einav & Finkelstein, *Journal of the European Economic Association* (2018).

99 Riddarsparre (2020).

100 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2019:4; TT 2017-01-31 "Sollefteå sjukhus ockuperat i BB-protest", hämtad 2020-09-29.

101 SOU 2015:98

102 SFS 2015:284

etablera nya sjukhus och bygga ut befintliga. Om ingen privat aktör vill driva sjukhus där bör autonoma statliga sjukhus upprättas och rapportera direkt till myndigheten. Socialstyrelsen ska dock inte ha möjlighet att neka nya etableringar av icke-offentliga mottagningar, likt i Tyskland. På så sätt går nyetableringen, driften och behovet av sjukhus från att vara en politiskt styrd fråga till en myndighetsstyrd fråga.

POLITIKENS ROLL OCH ANSVAR FÖR SJUKVÅRDEN

I dag är ett av politikens främsta uppdrag att fastställa ersättningar och taxor för olika vårdbesök. I samtliga av de utredda länderna används två andra modeller. Den första modellen bygger på att försäkringsbolagen och sjukhusen förhandlar och upphandlar ersättningarna med varandra. Läkarna, genom gemensamma organisationer, förhandlar sedan i sin tur med sjukhusen. Den andra modellen är en gemensam förhandling med relevanta parter, där representanter från både försäkringsbolagen, läkarna och sjukhusen förhandlar om allt gemensamt.¹⁰³ I och med att Sverige redan har en lång tradition av att låta parterna förhandla om löner själva bör det även kunna appliceras på sjukvården. Sverige har också redan i dag relevanta organisationer som kan förhandla om dessa frågor, till exempel Läkarförbundet, Vårdföretagarna och Svensk Försäkring.

När de tidigare diskuterade uppdragen tas ifrån regionerna och politikerna går vården från att vara närmst helt politiskt styrd till att bli helt utövar- och myndighetsstyrd. Regionernas uppdrag regleras i Kommunallagen, Hälso- och sjukvårdslagen, Tandvårdslagen och Patientlagen. Efter att sjukvårdssystemet förändrats skulle regionernas uppdrag nästan enbart beröras i Tandvårdslagen 1985:125. Samtidigt har regionernas uppdrag för tandvård redan förändrats sedan lagen infördes i och med tandvårdsreformen 2008. Efter att alliansregeringen öppnade upp för privata alternativ inom tandvården görs i dag över 60 procent av tandvårdsbesöken hos icke-offentliga aktörer.¹⁰⁴ På så sätt upprätthåller den privata marknaden redan beståndet av tandvårdsaktörer. Därför bör även regionernas ansvar för tandvård avskaffas.

Efter att sjukvårdsansvaret försvunnit är regionernas enda två kvarstående obligatoriska åtaganden regionalt utvecklingsansvar och att tillsammans med kommunerna ansvara för kollektivtrafik.¹⁰⁵ Det finns dock inte mycket som tyder på att detta är ett effektivt sätt att organisera kommunala samarbeten genom. Ett exempel på det är att kommuner ofta har flera olika samarbeten med varandra. I Stockholm finns till exempel Storsthlm och i Västsverige finns VästKom. Båda arbetar med att utveckla sina respektive regioner.¹⁰⁶ Dessa samarbeten skulle även kunna omfatta kollektivtrafiken och regional utveckling. I och med det skulle de politiskt styrda regionerna ha spelat ut sin roll och bör därmed också läggas ned.

FRAMTIDEN FÖR DIGITAL VÅRD

I det nya sjukförsäkringssystemet bör digital vård ses som en essentiell del, främst beroende på att det skulle kunna leda till mer effektiv resursanvändning inom vården. McKinsey & Company har tagit fram en rapport över hur digitalisering och ny teknik kommer att kunna spara pengar inom vården och sänka sjukvårdskostnaderna. Totalt

103 SOU 2019:8.

104 TLV 2020:2409.

105 SKR, <https://skr.se/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/regionernasataganden.27748.html> hämtad 2020-09-30.

106 Storsthlm, <https://www.storsthlm.se/om-oss.html> hämtad 2020-09-30; VästKom, <https://www.vastkom.se/omvastkom.4.5315093d12da7c7ef17800043147.html> hämtad 2020-09-30.

menar McKinsey & Company att vården skulle kunna spara uppemot 180 miljarder kronor genom digitalisering. Det är en besparing på 25 procent till 2025. Av de 180 miljarderna menar McKinsey & Company att 20 miljarder går att spara på distans- och digitala läkarbesök. Att implementera digitala läkarbesök som en del i den traditionella vården skulle därmed kunna vara en av lösningarna på regionernas dåliga ekonomi.¹⁰⁷

Ett argument som brukar användas mot digital vård är att om det är för enkelt att söka vård kommer detta att användas av personer som egentligen inte behöver vård. Samma logik går även att applicera på de fysiska vårdcentralerna. I Region Sörmland provade man att göra akutmottagningarna avgiftsfria för att se om väntetiderna skulle minska och tillgängligheten öka. Det gav inte önskvärd effekt – istället ökade kötiderna. Argumentet för att ha lägre patientavgifter är ofta av solidarisk karaktär och att högre patientavgift leder till att socioekonomiskt svaga grupper kan komma i kläm. Det resonemanget är dock inte perfekt. Socioekonomiskt svaga hamnar också i kläm om väntetiderna är för långa och de inte får vård i tid. Samma kritik som riktades mot digitala vårdtjänster går därmed att rikta mot den traditionella vården. Skillnaden är att inom den traditionella vården har patientavgifter funnits under lång tid, medan patientavgifterna för digitala vårdtjänster undviks genom att verksamheterna placeras i Region Sörmland.¹⁰⁸

Ett annat problem med att man tagit bort patientavgifterna för digitala vårdval är att det inte går att få någon översikt över vad en patient faktiskt är beredd att betala för digitala vårdtjänster. Ett land som har problem med tillgänglighet till den traditionella vården och har ett utbyggt system med digitala läkartjänster är Storbritannien. Där finns det inte några extra ersättningar till nätläkarna, utan dessa livnär sig endast på patientavgifter. I Storbritannien finns det två olika alternativ till kostnad för ett läkarbesök. Antingen genom ett abonnemang som i dag kostar 149 pund (drygt 1 700 kronor) per år eller 49 pund (knappt 600 kronor) per besök.¹⁰⁹ Detta visar att det går att ha nätläkare utan ersättningar på den brittiska marknaden. Storbritannien har också likt Sverige generellt sett låga patientavgifter i den traditionella vården. Därmed bör det inte röra sig om några tydliga kulturella skillnader utan snarare politiska prioriteringar.

Kritiken som många riktar mot nätläkartjänster borde därmed kunna lösas på två olika sätt i direkt närtid. Nummer ett är att införa nationella ersättningsnivåer för nätläkare. På så sätt omöjliggörs att komma undan patientavgifter endast genom att placera sitt säte i en viss region. Nummer två är att ta bort ersättningarna helt och låta dem agera själva på marknaden likt i Storbritannien. Problemet med nummer två är att Sverige riskerar att förlora de positiva effektiviseringar som nätläkarna kan medföra. I ett försäkringssystem skulle tillgång till nätläkare kunna vara en av tilläggsförsäkringarna en försäkringsgivare kan sälja.

I absolut närtid bör Sveriges regioner stoppa sina stora satsningar på att skapa egna nätläkare. Eftersom den fria marknaden redan lyckats tillgodose patienter med nätläkare bör inte regioner gå in på samma marknad. Särskilt eftersom regionerna upphandlar samma system som de privata nätläkarna redan använder. Det blir mindre skattepengar till vården och mer pengar till enstaka systemutvecklare.

107 McKinsey & Company (2019).

108 Riddarsparre (2020).

109 Babylon Health, <https://www.babylonhealth.com/pricing> hämtad 2020-09-03.

REFORMFÖRSLAG

- » **Inför ett obligatoriskt sjukvårdsförsäkringssystem.**
Inför ett sjukvårdsförsäkringssystem där samtliga medborgare kan välja mellan olika typer av försäkringar och där val av försäkring är obligatoriskt.
- » **Inför en grundpremie baserad på inkomst.**
Försäkringstagarna ska finansiera sin försäkring genom sin inkomst upp till ett visst prisgolv eller ett takbelopp. Golv- och takbeloppet ska fastställas av en fristående myndighet.
- » **Höj egenavgifterna och högkostnadsskyddet.**
Att höja egenavgifterna och högkostnadsskyddet kan på kort sikt göra vården mer tillgänglig och låta människor som verkligen behöver vård få den i tid.
- » **Begränsa försäkringsgivare.**
Reglera försäkringsgivarna så att de inte får göra vinst på grundförsäkringen och för att det inte ska finnas för många olika försäkringsgivare på marknaden.
- » **Tillåt försäkringsgivare att sälja tilläggförsäkringar.**
Låt försäkringsgivarna sälja andra sjukvårdstjänster utöver grundförsäkringen.
- » **Avskaffa vårdgarantin och mät väntetid till vård på individnivå.**
Vårdgarantin är endast ett politiskt satt mål och speglar inte verklighetens vårdbehov. För att kunna jämföras i internationella mätningar bör Sverige mäta vårdköer och väntetid på vård på individnivå.
- » **Ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda vårdbehovet.**
Socialstyrelsen bör uppdras att ta fram nya sjukvårdsregioner som bättre speglar behovet och utvärdera vårdbehovet i dessa regioner.
- » **Gör statliga sjukhus autonoma.**
Om det behövs statliga sjukhus ska de vara autonoma sjukhus under Socialstyrelsen, eller en helt ny myndighet.
- » **Låt parterna sätta ersättningsnivåer.**
Ersättningsnivåer och taxor ska förhandlas mellan parterna: försäkringsgivare, sjukhus och läkare.
- » **Avskaffa regionerna.**
Då regionernas primära uppgift flyttas ifrån dem och resterande uppgifter går att ordna inom andra kommunala samarbeten bör regionerna läggas ner.
- » **Inför en nationell taxa för digitala nätläkarbesök.**
Eftersom nätläkare används i hela Sverige bör det även finnas nationella taxor för dessa.
- » **Stoppa regioners nätläkarsatsningar.**
Eftersom nätläkare redan finns på den fria marknaden bör inte regionerna själva gå in på marknaden.

KÄLLFÖRTECKNING

Litteratur

Emanuel, E. J. (2020). *Which Country Has the World's Best Health Care?* PublicAffairs.

Offentligt tryck

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2019:4. *Olik eller ojämlik?: en analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan.*

SFS 2015:284. *Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.*

Socialstyrelsen. (2013). *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012.*

SOU 2015:98. *Träning ger färdighet: koncentrera vården för patientens bästa: betänkande.*

SOU 2018:55. *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv: kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning: delbetänkande.*

SOU 2019:8. *Vem vårdar bäst? ESO-rapport 2019: En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv.*

SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.*

Statskontoret 2017:60. *Det kommunalekonomiska utjämningsystemets historik 1993–2017.*

Stockholms Läns Landsting. (2017). *2018 Mål och budget.*

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket 2020:2409. *Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009 – 2019.*

Rapporter

Busse, R., & Blümel, M. (2014). Germany: Health System Review. *Health Systems in Transition, 16*(2), 1–296.

Commonwealth Fund. (2016). *2016 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Adults.* Commonwealth Fund.

De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., & Quentin, W. (2015). Switzerland: Health System Review. *Health Systems in Transition, 17*(4), 1–288, xix.

ENVIRON International Corporation. (2010). *Review of the Scientific - Literature on Snus (Swedish Moist Snuff).* ENVIRON International Corporation.

Eurostat. (2014). *Performing health-enhancing physical activity by sex, age and educational attainment level.* Statistical Office of the European Union.

- Gauffin, K., Hogstedt, C., & Östergen, P.-O. (2018). *Klass och hälsa*. Katalys.
- Gustafsson, R. Å. (1987). Traditionernas ok: den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv. Esselte studium.
- Health Consumer Powerhouse. (2015). *Euro health consumer index. 2015 2015*. Health Consumer Powerhouse.
- Ingerö, J. (2018). *Vårdköer och väntetider*. Timbro.
- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). Netherlands: Health System Review. *Health Systems in Transition, 18*(2), 1–240.
- McKinsey & Company. (2019). *Tid till vård ger vård i tid - Hur möjliggör vi en bättre användning av läkarens tid och en ökad produktivitet?*
- Murray, C. J., Lauer, J., Tandon, A., & Frenk, J. (2000). *Overall health system achievement for 191 countries*. World Health Organization.
- OECD. (2019a). *Health at a Glance 2019: OECD indicators*. OECD Publishing.
- OECD. (2019b). *Employment Outlook 2019: The Future of Work*. OECD Publishing.
- Ramboll. (2019). *Systematic review and update of the literature on the health effects of swedish snus*. Ramboll.
- Rehnberg, C. (2016). *Produktivitetsskillnader mellan akutsjukhus i Norden*. Svenskt Näringsliv.
- Riddarsparre, I. (2020). *Egenavgifter i primärvården*. Timbro.
- Ruth, T. (2020, juni 5). *The English Health Care System*. Commonwealth fund.
- Sanandaji, N., & Heller Sahlgren, G. (2019a). *Ålderskris: Vad kan vi lära av sjukvården i Nederländerna?* Timbro.
- Sanandaji, N., & Heller Sahlgren, G. (2019b). *Ålderskris: Vad kan Sverige lära av sjukvården i Schweiz?* Timbro.
- Siciliani, L., Moran, V., & Borowitz, M. (2020). *The economics of patient safety Part III: Long-term care: Valuing safety for the long haul* (OECD Health Working Papers Nr 121; OECD Health Working Papers, Vol. 121).
- SKR. (2020a). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019 - Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården*. Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR. (2020b). *Ekonomirapporten, maj 2020 - Om kommunernas och regionernas ekonomi*. Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR. (2020c). *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2020*. Sveriges Kommuner och Regioner.
- Statistik Austria. (2018). *Demographisches Jahrbuch*. Statistik Austria.
- Sturny, I. (2020, juni 5). *The Swiss Health Care System*. Commonwealth Fund.

Svenska kommunförbundet. (2002). *Kommunala framtider: en långtidsutredning om behov och resurser till år 2050*. Svenska kommunförbundet.

Tikkanen, R., & Abrams, M. K. (2020). *U.S. Health Care from a Global Perspective, 2019: Higher Spending, Worse Outcomes?* Commonwealth Fund.

World Health Organization, Etienne, C., Asamoah-Baah, A., & Evans, D. B. (Red.). (2010). *The World health report: health systems financing: the path to universal coverage*. World Health Organization.

Vetenskapliga artiklar

Einav, L., & Finkelstein, A. (2018). Moral Hazard in Health Insurance: What We Know and How We Know It. *Journal of the European Economic Association*, 16(4), 957–982.

Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Murray, C. J. L., Barber, R. M., Foreman, K. J., Ozgoren, A. A., Abd-Allah, F., Abera, S. F., Aboyans, V., Abraham, J. P., Abubakar, I., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M., Achoki, T., Ackerman, I. N., Ademi, Z., Adou, A. K., Adsuar, J. C., Afshin, A., Agardh, E. E., Alam, S. S., ... Vos, T. (2015). Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *The Lancet*, 386(10009), 2145–2191.

Artiklar

Dagens Samhälle. (2018, december 11). *Motstånd mot digital vård bland äldre*. Dagens Samhälle. <https://www.dagensamhalle.se/nyhet/motstand-mot-digital-var-d-bland-aldre-25267> hämtad 2020-08-02.

Ekström, C., & Gustafsson, J. (2018, augusti 10). *Slösa inte pengar på vården – mer resurser löser inte problemen*. Sundsvalls tidning. <https://www.st.nu/artikel/slosa-inte-pengar-pa-var-den-mer-resurser-loser-inte-problemen> hämtad 2020-07-07.

Garmroudi, M., Sund Lehtimäki, J.-O., Stormvall, C., Lehtimäki, T., & Johansson, G. (2019, juli 12). Satsa mer pengar på vården. *Borås Tidning*. <https://www.aftonbladet.se/ledare/a/yv778K/stockholmsvarden-en-borgerlig-katastrofzon> hämtad 2020-07-04.

Sveriges Radio (2019, november 11). *18 av 20 regioner har problem med ekonomin*. <https://sverigesradio.se/artikel/7340432> hämtad 2020-07-04.

Sveriges Television (2019, augusti 8). *Dyrt för regionen när nätläkare flyttar*. Sveriges Television. <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/jonkoping/dyrt-for-regionen-nar-natlakare-flyttar> hämtad 2020-08-20.

Sveriges Television. (2019, november 6). *Regionpolitiker eniga: Nätdoktorer måste få hårdare regler*. Sveriges Television. <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/halland/regionpolitiker-eniga-natdoktorer-maste-fa-hardare-regler> hämtad 2020-08-18.

Sätherberg, A.-C., Olsson, K., Johansson, A.-M., & Bergqvist, B. (2019, juli 1). Debatt: S svarar om likvärdig vård. *Länstidningen Östersund*. <https://www.ltz.se/artikel/debatt-s-svarar-om-likvardig-vard> hämtad 2020-07-25.

Timbro. (2020, juli 10). *Världens bästa sjukvård finns inte i Sverige*. Timbro. <https://timbro.se/smedjan/varldens-basta-sjukvard-finns-inte-i-sverige/> hämtad 2020-07-10.

TT. (2017, januari 31). Sollefteå sjukhus ockuperat i BB-protest. *Dagens Medicin*. <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/01/31/solleftea-sjukhus-ockuperat-i-bb-protest/> hämtad 2020-09-29.

Vox. (2020, januari 17). The Netherlands has universal health insurance — and it's all private. Vox. <https://www.vox.com/policy-and-politics/2020/1/17/21046874/netherlands-universal-health-insurance-private> hämtad 2020-06-29.

Webbsidor

1177 Vårdguiden. *Vårdgaranti*. 1177. Hämtad 01 juli 2020, från <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/vardgaranti/#section-26246>.

Babylon Health. *Pricing*. Babylon Health. Hämtad 03 september 2020, från <https://www.babylonhealth.com/pricing>.

Finansdepartementet. (2015, maj 11). *Kommunala utjämningsystemet*. Regeringskansliet. Hämtad 01 juli 2020, från <https://www.regeringen.se/artiklar/2015/05/kommunala-utjamningssystemet/>.

Regionfakta. *Geografi*. Regionfakta. Hämtad 15 juli 2020, från <http://www.regionfakta.com/norrbottens-lan/geografi/>.

SCB. *Folkmängd i riket, län och kommuner 31 mars 2020 och befolkningsförändringar 1 januari - 31 mars 2020. Totalt*. Statistiska Centralbyrån. Hämtad 15 juli 2020, från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/kvartals--och-halvarsstatistik--kommun-lan-och-riket/kvartal-1-2020/>.

SCB. *Kommunalekonomisk utjämning och utjämning av LSS-kostnader*. Statistiska Centralbyrån. Hämtad 16 juli 2020, från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/kommunalekonomisk-utjamning-och-utjamning-av-lss-kostnader/>.

SCB. *Medellöner i Sverige*. Statistiska Centralbyrån. Hämtad 26 juli 2020, från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/medelloner-i-sverige/>.

SCB. *Skattesats till region efter region och år*. Statistiska Centralbyrån. Hämtad 26 juli 2020, från http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_OE_OE0101/Kommunalskatter2000/table/tableViewLayout1/#.

SKR. *Regionernas åtaganden*. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 30 september 2020, från <https://skr.se/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/regionernasataganden.27748.html>.

StorSthlm. *Vårt uppdrag*. StorSthlm. Hämtad 30 september 2020, från <https://www.storsthlm.se/om-oss.html>.

VästKom. *Vad är VästKom?* VästKom. Hämtad 30 september 2020, från <https://www.vastkom.se/omvastkom.4.5315093d12da7c7ef17800043147.html>.

