

En rapport av Moderata ungdomsförbundet

VÅRDEN VI INTE HAR, MEN KAN FÅ -

Lärdomar från Europas bäst fungerande
sjukvårdssystem.



Författare:
Elin Böhlin

Om författaren:

Elin Böhlin har en bakgrund i Moderata ungdomsförbundet Stockholm och är i dag ordförande för Moderata Studenter Stockholms län och vice distriktsordförande för MUF Stockholm. Till vardags studerar hon till civilingenjör i Industriell ekonomi vid Uppsala universitet. Hon är även förtroendevald som ledamot i Miljö- och hälsoskyddsnämnden i Stockholm stad.

Författaren nås på elinasbohlin@gmail.com.

Författaren vill rikta ett stort tack till Ina Djurestål och Charlotte Broberg, som båda kommit med hjälpsamma inspel och råd på vägen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	3
SAMMANFATTNING	4
INLEDNING	5
BAKGRUND	7
<i>Tillgänglighet</i>	8
<i>Patientcentrering, patientnöjdhet och transparens</i>	15
<i>Produktivitet och framtida vårdbehov</i>	16
<i>Samsjuklighet och behovet av integrerad vård</i>	17
<i>Psykiatri</i>	18
PRIVATA AKTÖRER OCH FRIA VÅRDVAL	27
JÄMFÖRELSE MED ANDRA LÄNDER	30
<i>Schweiz</i>	31
<i>Nederländerna</i>	34
<i>Tyskland</i>	39
<i>Danmark</i>	44
<i>Medskick, risker och reflektioner</i>	46
REFORMFÖRSLAG	50
KÄLLFÖRTECKNING	54
LITTERATUR	54
<i>Offentligt tryck</i>	54
<i>Rapporter</i>	54
<i>Uppsatser och avhandlingar</i>	56
<i>Hemsidor och artiklar</i>	57
<i>Vetenskapliga artiklar</i>	61

SAMMANFATTNING

Svensk sjukvård står inför en systemkris. Trots att Sverige investerar mer och mer pengar i sjukvårdssystemet lider systemet av långa vårdköer, personalbrist, stora regionala skillnader och låg produktivitet. Psykiatri är ett av de tydligaste symptomen på problemen: bristande kapacitet, eskalerande vårdköer och otillräcklig samordning leder till ett enormt mänskligt lidande.

I denna rapport görs jämförelser med internationellt framgångsrika sjukvårdssystem i Nederländerna, Schweiz och Tyskland, som visar att ett försäkringsbaserat system har stor chans att leverera avsevärt högre tillgänglighet, bättre produktivitet och stärkt patientmakt — utan att tumma på jämlikheten.

Rapporten argumenterar för ett paradigmskifte bort från dagens kapacitetsstyrda, offentligt dominerade modell. Problemen inom svensk sjukvård och psykiatri behöver lösas genom radikala marknadsliberala reformer, bättre incitament, integrerade vårdformer och en förskjutning av fokus från systemens kapacitet till patientens behov.

INLEDNING

Sveriges sjukvård har sedan den moderna välfärdsstatens intåg länge kunnat klassas som de bästa i världen. Fram till relativt nyligen ansåg Sveriges sjukvård tillhöra toppligan i Europa, och har hyllats för sin universella, högkvalitativa och jämlika sjukvård. Sedan 2000-talet har Sverige dock sjunkit i internationella mätningar avseende de flesta dimensioner. Eskalerande väntetider, ojämlig tillgång till vård och kapacitetsbrist är bara några av alla problem svensk sjukvård står inför idag.

Svaret på problemen i svensk sjukvård är inte mer skattepengar och offentlig styrning. Istället krävs ett systemskifte som genom en fri marknad flyttar fokus från systemens kapacitet till patientens behov. Denna rapport tar sin utgångspunkt i just detta: hur vi med radikala, marknadsliberala reformer återupprättar psykiatrin och sjukvården som helhet. Syftet är inte att ge svar på alla problem inom sjukvården, utan att inspirera till att våga tänka nytt, radikalt - med försäkran om att det kan bli riktigt bra.

Underlaget till reformförslagen som presenteras i denna rapport bygger på en utblick i Europa. Först undersöks Nederländerna, Schweiz och Tyskland, tre framgångsrika exempel på länder vars sjukvårdssystem bygger på socialförsäkringar. Dessutom studeras Danmark som på många sätt liknar Sverige, men som framgångsrikt har implementerat mer frihet i sitt system.

Med omfattande, radikala reformer kommer också risker. Jag har i arbetet identifierat några av de största, men också hämtat framgångsrika exempel på lösningar.

Utöver att undersöka hur vi kan få ordning på psykiatrin och sjukvården, syftar detta arbete till att vara ett tillskott i debatten om svensk sjukvård, inte minst inom MUF och Moderaterna. Sjukvården är och har i över 14 år varit den enskilt viktigaste politiska frågan bland Sveriges väljare.¹ Vi riskerar att begå ett stort misstag om vi låter vänstern fortsätta dominera sjukvårdsdebatten och inte kommer med nya,

¹ "Viktigaste politiska frågan april 2025", Novus, 1 maj 2025, <https://novus.se/valjarforstaelse-arkiv/2025-04-viktigaste-politiska-fragan/>.

långsiktiga reformer. Det finns utan tvekan utrymme för vår sjukvårdspolitik att bli mer intressant, mer nytänkande och få en tydligare riktning framåt. Särskilt MUF, i egenskap av ett liberalkonservativt ungdomsförbund, borde med självklarhet ta kampen om en friare sjukvård. Sjukvårdens planekonomiska system borde vara ett öppet mål för oss, en självklar kamp att ta.

BAKGRUND

Svensk sjukvård har länge ansetts vara bland de bästa i världen, och levt upp till det som med rätta kan förväntas av befolkningen som betalar en av världens högsta skatter.² Sedan början på 2000-talet har det dock blivit allt mer kännbart att sjukvården brister på flera centrala områden, inte minst inom psykiatri.

Väntetiderna är långa, vårdkedjorna fragmenterade och patienternas upplevelse av inflytande och kontinuitet sämre. Sedan millennieskiftet har vi stadigt sjunkit i internationella mätningar, och gällande tillgänglighet hamnar vi lägst i flera internationella mätningar. Den dåliga tillgängligheten finns i hela sjukvårdssystemet, varav psykiatri är ett av de värst drabbade områdena. Här är köerna också som mest förödande eftersom tillståndet hos patienten ofta hinner förvärras under väntan på vård.

Om man lyssnar på den allmänna debatten, är det lätt att tro att svensk sjukvård är kraftigt underfinansierad. Betraktar man vilka resurser som investeras i svensk sjukvård, inser man dock att så inte är fallet. Faktum är att Sverige lägger fjärde mest pengar i hela EU på sjukvård, och långt över OECD-snittet.³ Även tätheten av vårdpersonal i Sverige är jämförelsevis hög: 2024 hade Sverige 4,3 läkare per 1000 invånare, 20 procent mer än OECD-snittet.⁴ Dessutom har personaltätheten ökat betydligt de senaste 20 åren, även med hänsyn till ett ökat vårdbehov. Problemet är att svenska läkare träffar exceptionellt få patienter i jämförelse med övriga Västeuropa: i snitt 600 patienter per år, vilket inte ens är en tredjedel så många som snittet i OECD, 2100.⁵

Trots de unikt generösa resurser som läggs på sjukvård underpresterar Sveriges sjukvård i stort sett på alla områden, förutom när det gäller kvalitet. Fortsättningsvis kommer detta avsnitt presentera de främsta problemområden vi står inför:

² "Marginalskatt - Internationellt", Ekonomifakta, 25 juni 2025, https://www.ekonomifakta.se/sakomraden/skatt/skatt-pa-arbete/marginalskatt-internationellt_1231249.html.

³ "Health spending", OECD, 4 augusti 2025a, <https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html>.

⁴ Hannes Wahrolén, *Privata sjukvårdsförsäkringar för alla - det nederländska exemplet*, Timbro Rapporter (Timbro 2025), 12, <https://timbro.se/app/uploads/2025/01/privatasjukvardsforsakringarforalla.pdf>.

⁵ Wahrolén, *Privata sjukvårdsförsäkringar för alla*, 12.

tillgänglighet, jämlikhet, patientcentrering, produktivitet och fragmentisering. Därefter kommer en redogörelse för utmaningarna inom psykiatrin.

TILLGÄNGLIGHET

Tillgänglighet till sjukvården är en kritisk faktor för ett fungerande sjukvårdssystem, och skulle i grunden kunna ses som balansen mellan efterfrågan och utbud: hur väl systemet kan tillhandahålla de vårdtjänster som det finns behov av hos befolkningen. Kort beskrivet: hur enkelt du som patient kan få rätt vård. Inom ramen för begreppet tillgänglighet finns det flera dimensioner att ta hänsyn till:

- Att vården som efterfrågas faktiskt finns och tillhandahålls i tid,
- att det finns likvärdig tillgång till vård oavsett var i landet man bor,
- att kostnader inte utgör hinder för att få vård,
- att inte heller språkbarriärer, funktionsvariationer och sociala faktorer utgör hinder för att få vård,
- att vården är och upplevs relevant för patienten.⁶

Dessvärre brister det svenska sjukvårdssystemet i nästan samtliga ovanstående aspekter, och vi placerar oss i botten av OECD när det gäller väntetider, patientcentrering och jämlik tillgång till vård oavsett var i landet man bor.

VÅRDKÖER

Det kanske största problemet inom svensk Sveriges sjukvård är långa väntetider. Trots riktade statsbidrag som successivt har ökat, presterar vi bland de sämsta i EU när det gäller såväl väntetider som tillgänglighet i övrigt.⁷

I den allmänna debatten hör man ofta att ett stort antal patienter får vänta olagligt länge på att få vård. Med detta menas att man som patient inte får vård enligt

⁶ "Hälsa- och sjukvårdsrapporten 2023 - lägesbild", Vården i siffror, 5 augusti 2025, <https://vardenisiffror.se/Rapport/halso-och-sjukvardsrapporten-2023-lagesbild-utkastutkast>.

⁷ "Köerna driver ojämlikheten i sjukvården", Timbro, 11 januari 2021, <https://timbro.se/smedjan/koerna-driver-ojamlikheten-i-sjukvarden/>.

reglerna för vårdgarantin. Vårdgarantin är den lagstadgade rättighet man har som medborgare att få vård inom en viss tid. Idag pratar man om tidsgränserna 0-30-90-90 dagar: man ska få kontakt med primärvården redan samma dag, medicinsk bedömning inom tre dagar, besök inom specialiserade vården max 90 dagar efter remittering, och behandling eller operation inom 90 dagar.⁸ Inom allmän psykiatri gäller att en patient inte ska behöva vänta längre än 90 dagar till första sitt besök.⁹ För barn- och ungdomspsykiatri finns dessutom en förstärkt målsättning: max 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling.¹⁰

SKR publicerar kontinuerligt statistik över väntetider i vården, för samtliga regioner och vårdområden. Vid närmare anblick blir det tydligt att en smärtsamt stor andel patienter inte får vård inom den lagstadgade tidsramen. Den senast hämtade statistiken (augusti 2025) visar att 4 av 10 inte fått ett första besök inom den specialiserade vården inom 90 dagar, och att knappt hälften fått operation eller annan åtgärd i tid. Den regionala variationen är dock betydlig: medan endast 2 till 3 av 10 patienter i vissa regioner får vård i tid, såsom Norrbotten och Västerbotten, ligger den siffran i andra regioner på 9 av 10.¹¹

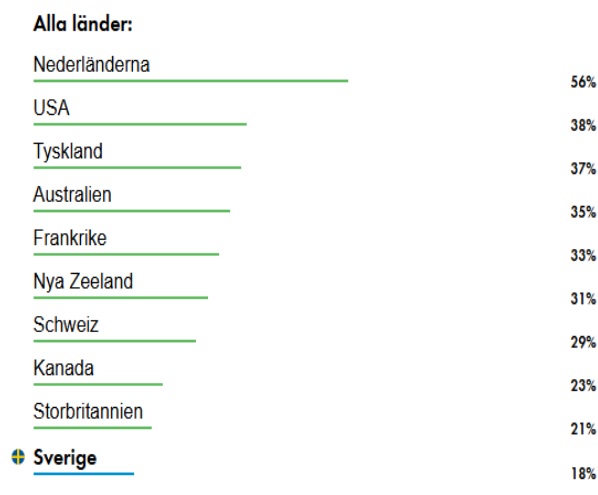
I alla aspekter, från en första kontakt inom primärvården, till utredning eller behandling inom den specialiserade vården, befinner sig Sverige i bottenligan i förhållande till övriga OECD. Nedan visas hur Sverige ligger till i förhållande till ett antal andra höginkomstländer gällande att få tid för vård samma eller nästa dag (Figur 1), samt få tid till läkare inom specialistvården inom en månad (Figur 2).

⁸ "Om vårdgaranti", SKR, 5 mars 2025, <https://skr.se/vantetiderivarden/omvantetider/omvardgaranti.43558.html>.

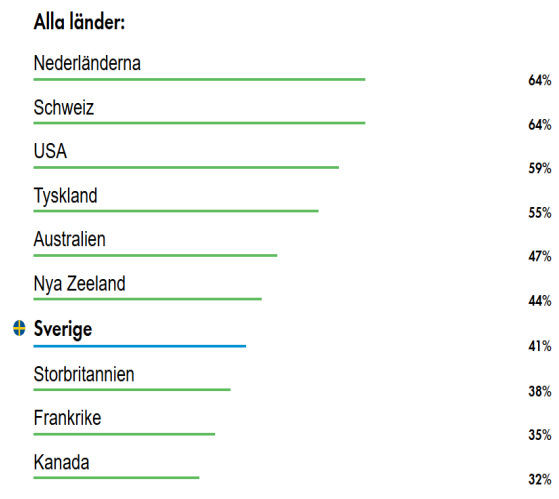
⁹ "Vårdgaranti", 1177, 31 juli 2025, <https://www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/vardgaranti/>.

¹⁰ "Satsning på ökad tillgänglighet till BUP i överenskommelsen mellan staten och SKR för 2024", Regeringen, 12 januari 2024, <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/01/satsning-pa-okad-tillganglighet-till-bup-i-overenskommelsen-mellan-staten-och-skr-for-2024/>.

¹¹ "Utökad uppföljning av specialiserad vård", SKR, augusti 2025, <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/>.



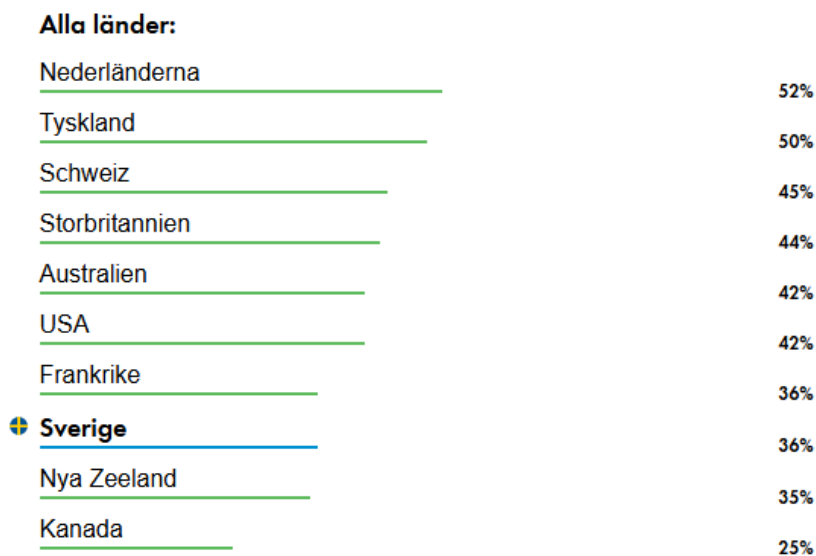
Figur 1: Andel som fick tid för vård samma eller nästa dag senast de sökte icke-akut vård. Källa: Vårdanalys, "Vården ur befolkningens perspektiv", <https://www.vardanalys.se/rapporter/varden-ur-befolkningens-perspektiv/>.



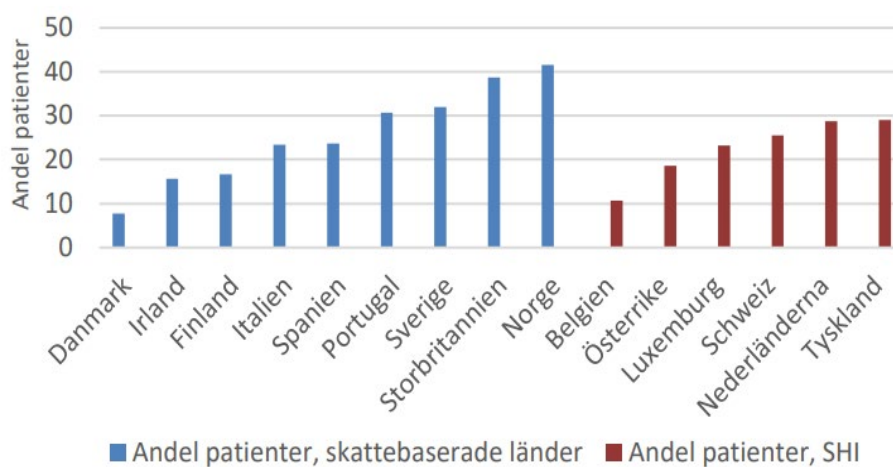
Figur 2: Andel som fick tid för läkarbesök inom specialistvården inom en månad efter att ha blivit hänvisad dit, eller bestämt sig för att besöka specialistvården. Källa: *ibid.*

Ytterligare ett tillgänglighetsproblem är primärvårdens begränsade öppettider. När vårdcentralerna inte har öppet på kvällar och helger, drivs patienter som egentligen inte behöver akutvård till akutmottagningarna.¹² Figur 3 nedan visar den upplevda lättheten att få vård under kvällar och helger i Sverige och andra länder. Figur 4 visar andelen patienter som behövt söka sig till akutmottagningar på grund av att primärvården inte var tillgänglig, i länder vars sjukvård är skattebaserad kontra försäkringsbaserad (SHI). Förutom det faktum att länder med försäkringsbaserade system i regel har en avsevärt lägre andel sådana patienter, är det även värt att notera att Sverige presterar sämre än samtliga dessa länder - och det med marginal.

¹² Wahrolén, Privata sjukvårdsförsäkringar för alla, 12.



Figur 3: Andelen patienter som tyckte det var lätt att få vård på kvällen, helgen eller helgdag utan att gå till akutmottagningen. Källa: Vårdanalys, "Vården ur befolkningens perspektiv", <https://www.vardanalys.se/rapporter/varden-ur-befolkningens-perspektiv/>



Figur 4: Andelen patienter som besökte en akutmottagning eftersom primärvården inte var tillgänglig. Källa: Rehnberg, "Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv", https://eso.expertgrupp.se/wp-content/uploads/2019/12/ESO_20

Viktigt att komma ihåg, är att bakom dessa siffror står hundratusentals lidande människor. I juli 2025 var det 183 143 individer som inte hade fått träffa en

specialistläkare i tid, och 65 447 som inte hade fått operation inom tre månader.¹³ Förutom de medicinska konsekvenserna som följer, leder långa köer till ett stort lidande, nedsatt livskvalitet, att nya komplikationer hinner uppstå, och ett försämrat förtroende för vården. Dessutom rubbar långa väntetider hela kösystemet: i långa köer riskerar patienter med större vårdbehov att trängas undan, medan resursstarka patienter får gå före.¹⁴

Väntetiderna är särskilt kritiska när det kommer till psykiatri: för de patienter som lider av ätstörningar, tvångstankar och djupare depressioner kan varje dag i väntan på vård vara betydande.¹⁵ Långa dröjsmål riskerar inte bara att förvärra symtomen utan också att leda till allvarliga följder som social isolering, hemmasittande eller långvarig oförmåga att jobba. Att inte få hjälp i tid förlänger med andra ord lidandet, ökar behovet av akuta insatser och äventyrar i värsta fall liv.¹⁶

EKONOMISK TILLGÄNGLIGHET

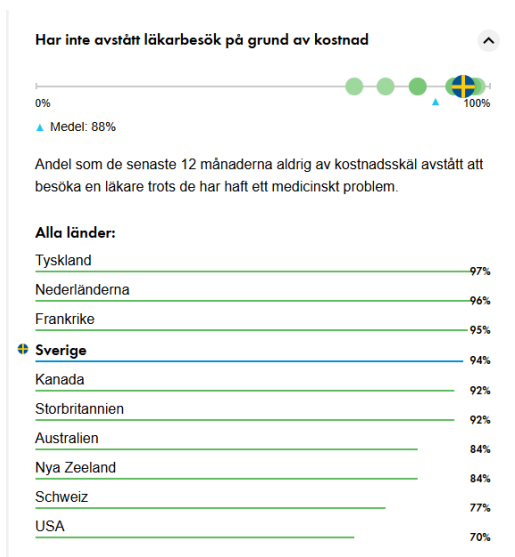
Ett av de mest frekventa argumenten *för* den skattefinansierade allmänna sjukvård vi har i Sverige är att denna skulle säkerställa att alla har råd att söka vård. Detta är givetvis önskvärt: de allra flesta, oavsett läge på den politiska skalan, skulle nog skriva under på att ett modernt välfärdssamhälle inte ska lämna individer helt utan skyddsnät. Emellertid visar det sig, att inte heller detta är Sverige bäst på. Nedan illustreras hur stor andel av befolkningen som av ekonomiska skäl aldrig avstått från läkarbesök (Figur 5) eller behandling för psykisk ohälsa (Figur 6)

¹³ "Väntetider längre än vårdgarantin inom den planerade specialistvården", Vårdföretagarna, 30 augusti 2025, <https://www.vardforetagarna.se/app/uploads/sites/3/2025/09/Rapport-vantetider-planerad-specialistvard-augusti-2025.pdf>.

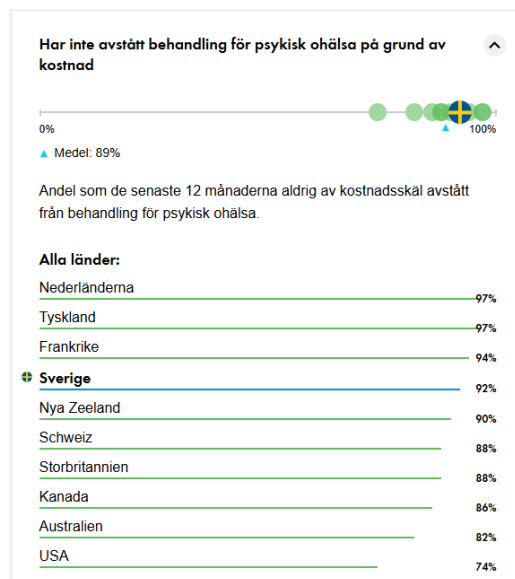
¹⁴ Riksrevisionen, *I väntan på vård - ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, (RiR 2023:12), Stockholm 2023, https://www.riksrevisionen.se/download/18.2008b69c18bd0f6ed3f2725c/1686555665911/RiR_2023_12_rapport.pdf.

¹⁵ Inspektionen för vård och omsorg, *Vård vid psykisk ohälsa - vad klagar vuxna på?*, 14 juni 2023, <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/iakttagelser-i-korthet/2023/ivo-pan-2023-var-d-vid-psykisk-ohalsa---vad-klagar-unga-vuxna-pa.pdf>.

¹⁶ "32 patienter tog livet av sig i brist på läkarvård inom psykiatri", SVT Nyheter, 27 januari 2025, <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/patienter-tar-livet-av-sig-i-brist-pa-lakarvard-inom-psykiatri>.



Figur 5: Andel som aldrig under de senaste 12 månaderna avstått läkarbesök av kostnadsskäl. Bildkälla: Vårdanalys, "Vården ur befolkningens perspektiv", 2024 <https://www.vardan>



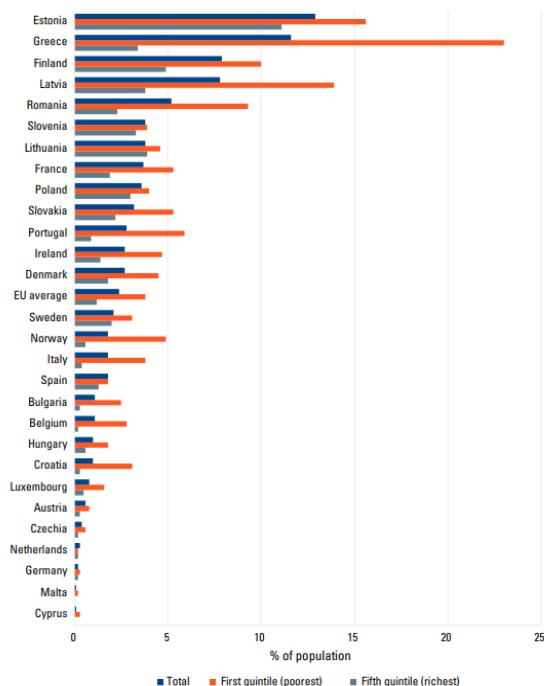
Figur 6: Andel som aldrig under de senaste 12 månaderna avstått behandling för psykisk ohälsa av kostnadsskäl. Bildkälla: ibid.

Högre än Sverige i listan ligger anmärkningsvärt nog tre länder vars modeller inte baseras på allmän skattefinansiering, utan bygger på obligatoriska sjukvårdsförsäkringar. Detta räcker givetvis inte för att bevisa att försäkringsbaserade system är bättre än allmän välfärd. Däremot pekar det på att försäkringsbaserade system inte per se utgör något hinder för universell tillgång till vård, lika lite som Sveriges system garanterar det.

Statistik från Eurostat styrker detta ytterligare. I Figur 7 nedan finns det särskilt två aspekter värda att uppmärksamma. För det första ligger Sverige knappt över EU:s snitt gällande hur väl befolkningen får tillgång till nödvändig vård. För det andra är skillnaderna mellan den rikaste och fattigaste kvintilen av befolkningen avsevärt större i Sverige än i länder som Tyskland och Nederländerna. Dessutom är det värt att notera att en övervägande majoritet av länderna med ett försäkringssystem presterar bättre än EU i snitt.

Detta skulle kunna förklaras med att långa vårdköer kraftigt förstärker socioekonomiska klyftor. När tillgängligheten är så pass dålig som den är i Sverige, är

det de med vassast armbågar som har chans att få bäst vård på kortast tid. Vinnarna i ett sådant system är de som redan har en ekonomiskt och socialt trygg bakgrund och har god förståelse för ett komplext vårdssystem. Förlorarna är de som redan har det sämst ställt.¹⁷



Figur 7: Otillgodosedda behov av medicinsk undersökning, till följd av kostnad, väntetider eller reseavstånd, uppdelat efter inkomstkvintil. Bildkälla: Janlöv och Merkur, Sweden: Health System Summary, 2024. Efter data från Eurostat.

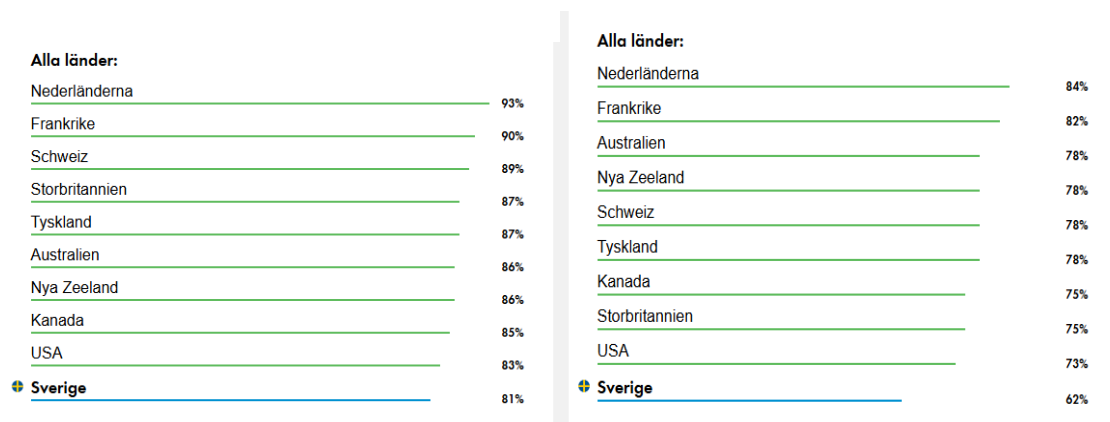
JÄMLIK TILLGÅNG OAVSETT SPRÅK, KULTUR OCH SOCIALA FÖRUTSÄTTNINGAR

Att var och en som söker sjukvård i Sverige ska bli bemött med lika mycket respekt, oavsett språk eller etnicitet, är ett viktigt värde som garanteras i lagar och regelverk.¹⁸ Dessvärre misslyckas vi även här - och det med råge. Faktum är att vi i flera undersökningar hamnar i botten i jämförelse med övriga EU och OECD. Figur 8 nedan visar andelen patienter som aldrig blivit orättvist behandlade i vården, och

¹⁷ "Köerna driver ojämlikheten i sjukvården".

¹⁸ "Hälso- och sjukvård samt socialtjänst", Diskrimineringsombudsmannen, 13 juni 2024, <https://www.do.se/jobbet-skolan-samhället/diskriminering-inom-fler-samhallsomraden/diskriminering-inom-halsovard-sjukvard-socialtjanst>.

figur 9 visar andelen vars hälsobesvär tas på allvar. Här ligger Sverige i absoluta botten.



Figur 8: Andel som aldrig blivit orättvist behandlade i vården. Bildkälla: Vårdanalys, "Vården ur befolkningens perspektiv", 2024.

Figur 9: Andel som upplever att deras hälsobesvär har tagits på allvar. Bildkälla: ibid.

Ett viktigt skäl till detta är just de långa vårdköerna. En av grundpelarna i kösystemet är att de med störst behov av vård ska prioriteras. Dessvärre följs denna princip långt ifrån alltid i Sverige, till stor del på grund av att vårdköerna hårdast drabbar socioekonomiskt utsatta. Svårigheter med kommunikation och språkbarriärer är en viktig förklaring, en annan möjlig anledning är ren och skär diskriminering av socialt utsatta.¹⁹

PATIENTCENTRERING, PATIENTNÖJDHET OCH TRANSPARENS

Patientcentrering erkänns idag som ett av de grundläggande kriterierna för kvalitet inom hälso- och sjukvården, och ger påvisat bättre hälsoresultat och högre patientnöjdhet. Inom begreppet patientcentrering ryms flera viktiga värden såsom delaktighet och respekt för patientens individuella behov och preferenser. Utöver dessa

¹⁹ "Köerna driver ojämlikheten i sjukvården".

humanistiska aspekter, är det även påvisat att patientcentrering sänker kostnader genom att patienterna i högre grad följer sina ordinerade behandlingar.²⁰

Dessvärre lämnar svensk sjukvård mycket att önska gällande såväl patientcentrering som patientnöjdhet. Faktum är att svenska patienter är bland de i OECD som involveras minst i beslut om sin behandling.²¹ En anledning till detta skulle kunna vara den djungel som utgör sjukvårdssystemet idag, som genom sin omfattande byråkrati riskerar att förflytta fokus från patient till utförare.²² Detta blir särskilt problematiskt när det kommer till psykiatri. En dåligt patientcentrerad psykiatrisk vård har ett påvisat samband med sämre utfall, mindre engagemang, undergrävt förtroende för vården och sämre uppföljning.²³

PRODUKTIVITET OCH FRAMTIDA VÅRDBEHOV

Sverige ligger i toppskiktet i EU när det gäller mängden pengar vi pumpar in i sjukvårdssystemet varje år, men trots det skriks det ständigt efter mer resurser. Sveriges hälso- och sjukvårdssystem står idag inför en enorm finansieringsutmaning, med en stagnerande tillväxt, en åldrande befolkning och ett redan högt skattetryck. Mycket tyder på att mer resurser inte är svaret på problemen, utan att medlen måste användas mer effektivt.²⁴ Generellt är det gott om både personal och utrustning i sjukvården. Däremot behöver den personal som redan finns få chans att jobba mer effektivt och träffa fler patienter.²⁵

Det finns gott om utrymme för att öka produktiviteten inom sjukvården. Den offentliga välfärdssektorn har en årlig produktivitetsökning på cirka 0,2 procent,

²⁰ Vård- och omsorgsanalys, *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård - En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring* (2012: 5), Stockholm 2012, <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2012/12/Rapport-2012-5-Patientcentrering-i-svensk-h%C3%A4lso-och-sjukv%C3%A5rd.pdf>.

²¹ Vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv, 2024* <https://www.vardanalys.se/rapporter/varden-ur-befolkningens-perspektiv/>.

²² Wahrolén, *Privata sjukvårdsförsäkringar för alla*, 5.

²³ Morgan m.fl., "Patient-centered inpatient psychiatry is associated with outcomes, ownership, and national quality measures", *Health Affairs Scholar*, 1(1), 1–8, 20 juni 2023, <https://doi.org/10.1093/haschl/qxad017>.

²⁴ Wahrolén, *Privata sjukvårdsförsäkringar för alla*, 5.

²⁵ Clas Rehnberg, *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv*, Rapport 2019:8, (Stockholm: Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2019), 149, https://eso.expertgrupp.se/wp-content/uploads/2018/03/2019_8-vem-v%C3%A5rdar-b%C3%A4st-191202.pdf.

vilket är avsevärt mindre än den privata sektorns 1,0 procent. Evidensen visar att om den offentliga sjukvården hade haft lika hög produktivitet som den privata, hade den kunnat sänka sina kostnader med 30–40 miljarder kronor.²⁶

Att använda resurserna mer effektivt kommer sannolikt bli helt avgörande för huruvida vi kommer klara av att möta framtidens vårdbehov med en bibehållen kvalitet. De senaste 20 åren har kostnaderna för hälso- och sjukvården ökat med över 70 procent, och ökat kraftigt även med hänsyn till befolkningsökningen. Fram till år 2040 kan kostnaderna förväntas öka med över 100 miljarder kronor, om vi fortsatt ska ha råd med ny teknologi och moderna, dyrare läkemedel.²⁷

SAMSIJKLIGHET OCH BEHOVET AV INTEGRERAD VÅRD

Samsjuklighet innebär att en person samtidigt lever med två eller fler långvariga sjukdomstillstånd. Ofta rör det sig om kombinationer av hjärt-kärlsjukdom, diabetes, kronisk lungsjukdom, smärttillstånd och psykisk ohälsa som depression eller ångest.²⁸ En betydande mängd människor är drabbade av samsjuklighet idag i Sverige, framför allt unga, kvinnor och personer med missbruk.²⁹

Dessvärre är de fragmentiserade vårdkedjor vi har idag mycket dåligt rustade för att kunna möta de komplexa behov som finns hos en person med samsjuklighet. Detta får konsekvenser: främst ger det upphov till ett onödigt lidande för patienten i form av att inte få rätt vård och bli omringkastad mellan olika instanser. Alltför ofta får patienter motstridiga råd från olika läkare, hamnar mellan stolarna, eller behöver vid upprepade tillfällen göra nybesök och redogöra för sin sjukhistoria. Dessutom

²⁶ Wahrolén, *Privata sjukvårdsförsäkringar för alla*, 16.

²⁷ "Redo för framtiden?", Vård- och omsorgsanalys, 13 juni 2024, <https://www.vardanalys.se/digital-publikation/redo-for-framtiden/>.

²⁸ Barnett m.fl., "Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study", *The Lancet* 380, 9836 (7 juli 2012): 37–43, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2).

²⁹ Marina Taloyan m.fl., "Physical-mental multimorbidity in a large primary health care population in Stockholm County, Sweden", *Asian Journal of Psychiatry* 79, 103354 (jan 2023), <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103354>.

genererar detta kostnader för välfärdssystemet, i form av dubbelarbete, överbehandling och övermedicinering.³⁰

För att komma till bukt med detta, pekar WHO på att hälso- och sjukvårdssystemen behöver skifta från fragmentiserade vårdkedjor där endast en diagnos behandlas i taget, till mer integrerade vårdformer.³¹ Integrerad vård handlar om att planera och koordinera vården tvärs över olika professioner, med utgångspunkt i den enskilda individens behov. För patienter med samsjuklighet är detta centralt för en god vård. Evidensen pekar på att modeller som integrerar primärvård, övrig sjukvård och psykisk hälsa ger bättre utfall, såväl kliniska som patientrapporterade.³²

Framförallt för patienter med depression och ångest, har integrerad vård tydligt visat sig vara bättre jämfört med ordinarie vård.³³ Bland annat har man kunnat se att integrerad vård för patienter med depression och dåligt kontrollerad diabetes eller hjärt-kärlsjukdom gett både större minskning av depressionssymtom, och bättre kontroll av blodsocker, blodtryck och kolesterolnivåer än ordinarie vård.³⁴ Mycket talar med andra ord för att samsjuklighet, inte minst när det gäller en blandning av psykiska och kroppsliga sjukdomstillstånd, bäst behandlas med hjälp av vård som utförs i samarbete mellan tvärprofessionella team, gemensamma vårdplaner och koordinerad uppföljning.

PSYKIATRIN

Psykiatrin i Sverige står idag inför stora utmaningar. I detta delkapitel kommer ofta begrepp som *kostnadseffektivitet*, *resursslöseri* respektive *resursutnyttjande*, *utbud* och *efterfrågan* vara centrala. Att prata om vård och människoliv i dessa termer,

³⁰ Smith m.fl., "Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings", *Cochrane Database of Systematic Reviews* 10, 271 (20 oktober 2021), <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01817-z>.

³¹ World Health Organization, *Framework on integrated, people-centred health services*, Report by the Secretariat (A69/39). (Geneva: World Health Organization, 2016), https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf.

³² Smith m.fl., "Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings".

³³ Archer m.fl., "Collaborative care for depression and anxiety problems", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10 (2012), <https://www.nationaelfservice.net/cms/wp-content/uploads/2012/10/CD006525.pdf>.

³⁴ Katon m.fl., "Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses", *New England Journal of Medicine* 363, 27 (30 december 2010): 2611–2620, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1003955>.

skulle kunna uppfattas som cyniskt. Det är emellertid just till följd av att dessa värden har negligerats, som vi nu ser ett enormt lidande. Rädslan för att uppfattas som cynisk genom att tala om pengar och effektivitet har gjort att man svikit så många människor. De som drabbas av långa vårdköer, otillräcklig vård och snäva vårdval, är nämligen patienterna - framför allt de som redan kommer från svåra sociala förhållanden.

ALLMÄNPSYKIATRIN

Allmänpsykiatrin är patientens första kontakt med psykiatrin i Sverige och omfattar alltifrån vårdcentralernas psykiska öppenvård, öppna psykiatriska mottagningar med låg tröskel, elevhälsa, och digitala terapitjänster. Hur allmänpsykiatrin fungerar spelar en avgörande roll för hur väl psykiatrin i helhet presterar. Dessvärre står allmänpsykiatrin idag inför en rad problem. Problemen börjar redan inom primärvården. Primärvårdens uppgift är att tidigt identifiera psykiatriska tillstånd, och är därmed av central betydelse för personer med psykisk ohälsa. Dessvärre blir bristen på personal och tillgänglighet tydlig här. Ofta upplevs det svårt att få en primärvårdskontakt, och att man måste överdriva sina symptom för att få hjälp.³⁵ Dessutom gör bristen på psykologer och annan personal att patienten slussas vidare, utan att det egentligen

behövs. Detta leder i sin tur till längre väntetider och ökat tryck på den specialiserade psykiatrin.³⁶

Ett av de mest akuta problemen allmänpsykiatrin står inför idag är otillräcklig kapacitet och långa väntetider. Kapacitetsbristen blir värre i takt med ett kraftigt ökat vårdbehov, särskilt bland barn och unga, och regionala satsningar hinner inte ikapp det växande patientflödet.³⁷ De regionala skillnaderna är dessutom stora: hur snabbt

³⁵ Britta Joelsson och Linnéa Johansson, "Samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri -Två sidor av samma mynt" (Examensarbete i psykiatrisk omvårdnad, Högskolan Väst, 2018), 2, <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2%3A1222542/FULLTEXT01.pdf>.

³⁶ Sofie Aggestam m.fl., "En studie för att korta kötiderna på barn-och ungdomspsykiatrin med läkarresursen i fokus" (Kandidatuppsats, Chalmers Tekniska Högskola, 2017), 3, <https://publications.lib.chalmers.se/records/fulltext/251904/251904.pdf>.

³⁷ "Psykiatrin i siffror", Uppdrag psykisk hälsa, 16 augusti 2025, <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/psykiatrin-i-siffror/>.

du som patient får behandling och hjälp att slussas vidare från primärvården, beror till stor del var i landet du bor. Som tidigare nämnt är långa väntetider förödande för såväl patienten som systemet i stort. När patienten hinner försämrans under kötiden, som så ofta är fallet, uppstår framför allt ett stort mänskligt lidande, men även stora kostnader för sjukvården.

Allra värst är kötiderna inom den offentliga sektorn. Inom den regionala allmänna psykiatrin behöver en av tre patienter vänta längre än 90 dagar på att ens få en första vårdkontakt. Motsvarande siffra för allmän psykiatri i privat regi är en fjärdedel.³⁸

En aspekt som blivit alltmer populär att presentera som en lösning för att lösa problemen inom primärvården och allmänpsykiatrin, är digitalisering. Digitala lösningar och aktörer som ägnar sig åt digital vård är onekligen något vi kommer se mer av i framtiden, och har visat positiva resultat när det gäller att avlasta systemen och på så sätt korta köerna. Dessutom bär de en central funktion: att patienten får större möjlighet att välja vård själv, när som helst på dygnet.

Att bara prata om digitala lösningar räcker dock inte. En ökad digitalisering utan andra reformer riskerar att skapa fragmentering och kvalitetsutmaningar, såsom svårigheter att bedöma genom videomöten och korta besök utan uppföljning. Dessutom kan man påvisa att digitala vårdmöjligheter har ökat tillgängligheten för vissa grupper, speciellt unga, höginkomsttagare och personer i storstäder, men att den inte nått andra samhällsgrupper i särskilt hög grad.³⁹ Detta drabbar sannolikt de grupper som redan har svårast att få tillgång till nödvändig vård, nämligen socioekonomiskt utsatta och nyanlända. För att verkligen ta tillvara på digitaliseringens möjligheter krävs med andra ord tydligare regelverk och bättre integration i hela vårdkedjan.

³⁸ "Utökad uppföljning av specialiserad vård" [statistik hämtad 23 juli 2025].

³⁹ Jens Wilkens, "Primary care in transition: Evaluating health system effects of emerging digital primary care services in Sweden", (Doktorsavhandling, Lunds universitet, 2024), 23, https://portal.research.lu.se/files/187803332/Jens_Wilkens_-_Primary_care_in_transition.pdf.

SPECIALISERADE VUXENPSYKIATRIN, HELDYGNSVÅRDEN OCH HÖGSPECIALISERADE ENHETER

Även den specialiserade psykiatrin har idag stora problem i form av långa väntetider för utredning och behandling. Dessutom råder kapacitetsbrist i heldygnsvård och specialistmottagningar, personalbrist och rekryteringsproblem. Liksom för allmänpsykiatrin ökar trycket på grund av ett ökat inflöde, och en större komplexitet hos de inkommande patienterna såsom samsjuklighet,⁴⁰ vilket ställer ökade krav på specialistresurser som alltför ofta inte finns. Följden blir inte minst långa väntetider till specialistbedömning och behandling.

Statistik från SKR visar att väntetiderna i vuxenpsykiatrin varierar kraftigt mellan regioner. I juli 2024 hade 55 % av alla patienter i Sverige som väntade på behandling inom vuxenpsykiatrin väntat längre än 90 dagar. I vissa regioner — Blekinge, Norrbotten, Värmland — väntade över 80 % så länge.⁴¹

Nästan samtliga regioner rapporterar om svårigheterna att rekrytera och behålla specialistläkare, sjuksköterskor och psykologer på grund av arbetsbelastning, dåliga arbetsförhållanden och konkurrens från andra sektorer. Detta påverkar tillgängligheten, behandlingstidens och kontinuiteten.⁴²

Även slutenvården präglas idag av kapacitetsbrist. Mycket pekar på att antalet slutenvårdsplatser för psykiatri i Sverige är för lågt (runt 0,3 vårdplatser per 1 000 invånare år 2023), vilket gör att vården präglas av snabba utskrivningar och öppenvårdsalternativ utan tillräcklig eftervård. Som patient inom den psykiatriska slutenvården är det tyvärr alltför vanligt att bli omkringflyttad mellan olika avdelningar, utskriven utan att bli frisk, och tvingad tillbaka till öppenvården utan att

⁴⁰ Taloyan m.fl., *Physical-mental multimorbidity in a large primary health care population in Stockholm County*.

⁴¹ "Månadens vårdkörappor: väntetiderna inom vuxenpsykiatrin ökar högre idag än 2023 och 2022", Vårdföretagarna, 5 september 2024, <https://www.vardforetagarna.se/2024/09/manadens-vardkorappor-vantetiderna-inom-vuxenpsykiatrin-okar-hogre-idag-an-2023-och-2022/>.

⁴² "Psykiatrin i siffror - Vuxenpsykiatrin 2024", Uppdrag psykisk hälsa, 27 maj 2025, https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2025/06/Psykiatrin_i_siffror_VUP_2024_tillganglighetsanpassad.pdf.

man är redo för det. Detta ökar risken för återinläggningar och sämre vårdkvalitet för de allra sjukaste.⁴³

I de värsta fallen gör kapacitetsbristen att vården inte har förmåga att erbjuda frivilliga och adekvata vårdalternativ, vilket i vissa fall leder till onödig tvångsvård. Ofrivillig tvångsvård och tvångsåtgärder såsom bältning får enligt lag bara användas om man är svårt psykiskt sjuk och i akut behov av vård. Bältesspänning får bara användas under kort tid, exempelvis då det finns en risk att patienten ska skada sig själv, och ska upphöra så fort den risken inte längre föreligger.⁴⁴ Även när man vårdas mot sin vilja har man som patient vissa rättigheter, som man har rätt att få information om. Det ska vid tvångsvård upprättas en tydlig vårdplan, där patienten och närstående får möjlighet att vara delaktiga, och tvångsvården ska kunna överklagas.⁴⁵

Även när en patient är inlagd för sluten tvångsvård, ska tvångsåtgärder endast nyttjas i absoluta nödfall. Framför allt fastspänning har påvisat skadliga effekter för patientens tillit till vården, och kan i värsta fall resultera i långtgående trauman. Trots att metoden endast ska ske i undantagsfall finns det otaliga vittnesmål om oskäligen bältesläggningar, och Sverige har fått kritik från både FN:s och EU:s tortyrkommissioner för att inte respektera mänskliga rättigheter inom ramen för tvångsvården. Även inom barn- och ungdomspsykiatri förekommer ett oskäligt stort antal bältesläggningar. År 2022 utsattes 2 000 barn och unga under 25 år för bältesspänning, en fördubbling mot för tio år sedan.⁴⁶ [infoga här statistik från SKR].

Flera konkreta exempel från verkligheten visar dock att tvångsåtgärder i den grad vi ser idag inte är nödvändiga. Det finns flera initiativ som tagits med syfte att minska

⁴³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Utvärdering av satsningen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården: delredovisning*, PM 2025:3, Stockholm 27 mars 2025 <https://www.vardanalys.se/digital-publikation/utvardering-av-satsningen-pa-vardplatser-inom-halso-och-sjukvarden/>.

⁴⁴ "Lagen om psykiatrisk tvångsvård", 1177, 16 augusti 2025, <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestamnelser/lagar-i-varden/lagen-om-psykiatrisk-tvangsvard/>.

⁴⁵ SFS nr: 1991:1128 *Lag om psykiatrisk tvångsvård*, Riksdagen, 16 augusti 2025, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128/.

⁴⁶ "Hör du ropen från tvångsvården?", Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, <https://www.rsmh.se/kampanj/tvangsvard/>.

antalet tvångsåtgärder, och det med framgång. Ett exempel är Mölndals sjukhus, som med hjälp av befintliga verktyg från psykiatrin helt har lyckats undvika tvångsåtgärder.⁴⁷ Att det på grund av brist på ork och kapacitet förekommer tvångsvård och övergrepp på patienter, trots att det uppenbarligen finns andra lösningar, undergräver både förtroendet för vården, och kan anses vara en grov inskränkning av patientens frihet.

Ytterligare ett centralt problem inom den specialiserade psykiatrin är den dåliga koordinationen mellan alla instanser i vårdkedjan. Som patient blir man ofta skickad fram och tillbaka utan att få rätt hjälp, och med långa väntetider mellan de olika instanserna. En psykiatrisk diagnos kommer som tidigare nämnt sällan ensam, men trots vetskap om samsjuklighet är den bristande samordningen mellan primärvården och specialiserade psykiatrin ett stort problem. Därmed riskerar patienter att falla mellan stolarna, bli ordinerad för många läkemedel, eller rentav få fel behandling.⁴⁸

Här sticker tyvärr Sverige återigen ut i internationell kontext: färre allmänpsykiatriker i Sverige än i andra länder upplever att de får tillräcklig information om utfallet för sin patient efter att de skickat patienten vidare till specialistvården.

Informationsöverföringen mellan den specialiserade psykiatrin och primärvården är med andra ord otillräcklig, även enligt vårdpersonalens egna bedömning.⁴⁹

BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIN, BUP

Den psykiska ohälsan bland unga ökar, och så även antalet som söker sig till Barn- och ungdomspsykiatrin.⁵⁰ Under åren 2021-2024 har det skett en 60-procentig ökning av inflödet till behandling, och en fördubbling av inflödet till utredning.⁵¹ Det

⁴⁷ "Hör du ropen från tvångsvården?"

⁴⁸ Jonas F. Ludvigsson m.fl., "The Healthcare System in Sweden", *European Journal of Epidemiology* 40, (19 maj 2025): 563–579, <https://doi.org/10.1007/s10654-025-01226-9>.

⁴⁹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – International Health Policy Survey (IHP) 2022*, Rapport 2023:1, Stockholm mars 2023, <https://www.vardanalys.se/digital-publikation/varden-ur-primarvardslakarnas-perspektiv/>.

⁵⁰ Maibritt Giacobini m.fl, *Barnpsykiatri som gör skillnad : Primamodellen*, (Bokförlaget Stolpe, 2025), 9.

⁵¹ *Vårdföretagarna, Stort inflöde och långa väntetider inom barn och ungdomspsykiatrin (BUP)*, Stockholm juni 2024, <https://www.vardforetagarna.se/app/uploads/sites/3/2024/06/BUP-jun24.pdf>.

är mer än tydligt att BUP inte har i närheten av den kapacitet som krävs för att möta det ökade behovet. Konsekvensen blir i värsta fall årslånga köer för barn som behöver hjälp.⁵² Bara 4 av 10 barn som söker till BUP får hjälp inom vårdgarantin på 30 dagar, vilket är den högsta siffran på över 10 år.⁵³

Inom psykiatrin, inte minst barnpsykiatrin, blir långa vårdköer problematiskt eftersom patientens tillstånd riskerar att förvärras kraftigt under väntetiden. När barn behöver vänta på psykiatrisk vård blir dessutom skolan ofta lidande, risken för att bli hemmasittare ökar kraftigt, och detta får långtgående konsekvenser för barnets framtid och sociala liv.⁵⁴ Ytterligare en utmaning med köerna är att problemen inte bara riskerar förvärras, utan även *förändras* till dess att barnet får genomgå en utredning. Ofta handlar det om ett grundproblem som hinner utvecklas till ett antal ytterligare problem, vilket försvårar för psykiatrin att ge rätt hjälp.⁵⁵

Något som ökat lavinartat de senaste åren, och där systemen inte i närheten räcker till, är antalet barn som går i utredning för ADHD och autism. På BUP görs cirka 40 000 utredningar på fem år, vilket är alldeles för mycket i förhållande till vad de är dimensionerade till. Värre är att många av dessa fall inte ens är bäst lämpade för BUP, utan i många fall hade kunnat hjälpas av skolan till mycket lägre kostnad och mycket mindre tid. Skolan har idag både ansvar och tillgång till kunskap för att identifiera och stödja elever med problematik. Dessvärre är det alltför många skolor som brister i sitt ansvar. Det finns exempel på skolor som rentav saknar åtgärdsplaner för att identifiera elever med svårigheter, och skolor där elever varit frånvarande från undervisningen i flera månader utan att detta lyfts bland personalen.⁵⁶

⁵² Maibritt Giacobini m.fl., 9.

⁵³ "Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)", SKR, 5 juli 2025, <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/barnochungdomspsykiatribup.54393.html>.

⁵⁴ "Ivos analys: långa väntetider hos BUP får allvarliga konsekvenser: 'Vardagen blir svår att hantera'", SVT, 21 juni 2022, <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/vasternorrland/ivo-s-analys-langa-vantetider-hos-bup-far-allvarliga-konsekvenser-vardagen-bli-svar-att-hantera>.

⁵⁵ Maibritt Giacobini m.fl., 64.

⁵⁶ Anonym psykiatriker, intervju, 9 juli 2025.

Elever som visar tecken på autism behöver ofta i första hand bli uppfångade av elevhälsan och få extra resurser från skolan. Istället skickas de alltför ofta till BUP i hopp om medicinering och diagnos - trots att det inte går att medicinera för autism. I värsta fall får eleven vänta i månader på utredning till BUP, som sen visar sig inte vara den bästa instansen för att komma till rätta med problematiken. I slutändan har skolan sparat in ett par tusenlappar för att lassa ansvaret på regionen till en mycket högre slutkostnad, och framför allt: till ett månader långt lidande för ett barn som hade kunnat få hjälp mycket tidigare.⁵⁷

En del av problematiken kring detta är att i stort sett vem som helst idag kan skriva remisser till BUP, alltifrån personer inom skolan till föräldrar. Dessutom saknas det alltför ofta skolläkare, som har den medicinska kompetensen för att bedöma om en remittering är lämplig eller inte.⁵⁸ För att minska belastningen på BUP, och ge elever rätt hjälp i tid, krävs det med andra ord ett nytt system för remittering, och en bättre garanterad tillgång till skolläkare.

I debatten låter det ofta som att problemet ligger i för få resurser, men det mesta pekar snarare på att kapacitetsbristen beror på en bristfällig organisation, dåligt ledarskap och alldeles för få incitament att träffa patienter. Ett av de största problemen är den höga personalomsättningen. BUP har inte bara svårigheter att behålla personal: dessutom lyckas de inte rekrytera tillräckligt med läkare med rätt kompetens. Eftersom läkare är den profession på BUP som har det yttersta medicinska ansvaret för patienten är flertalet processer i patientflödet beroende av att läkare finns tillgängliga. När dessa inte finns till hands i tillräcklig grad stoppas patientflödet upp, och väntetiderna ökar.⁵⁹

⁵⁷ Anonym psykiatriker, intervju.

⁵⁸ Sophie Ekman Wretling, Maria Unenge Hallerbäck och Filippa Mannerheim, "Skolhälsovården måste återinföras i svensk skola", Göteborgsposten, 24 mars 2025, <https://www.gp.se/debatt/skolhalsovarden-maste-aterinforas-i-svensk-skola.79ade47d-44b4-4190-978d-a78afd63620f>.

⁵⁹ Aggestam m.fl., "En studie för att korta kötiderna på barn- och ungdomspsykiatri med läkarresursen i fokus", 3.

Tung arbetsbelastning, mycket övertid och bristande socialt stöd från ledningen gör BUP till en långt ifrån attraktiv arbetsplats. Det sker ständigt organisationsförändringar, och från ledningen kommer ofta nya direktiv om att fler utredningar och möten måste hinna klämmas in, inte sällan utan förklaring och utan att det förankras hos medarbetarna. Det ställs ofta kvantitativa krav på hur många besök varje patient har rätt till, ofta fullständigt orealistiska för personalen. Trots en ohållbar arbetsmiljö är det generellt brist på engagemang hos medarbetarna för att faktiskt förändra organisationen.⁶⁰ Detta är kanske inte speciellt konstigt: en organisation där ledningen inte visar särskilt mycket förståelse för ens arbetssituation, tenderar man sannolikt inte heller att vara lika känslomässigt engagerad i.

Utöver den bristfälliga arbetssituationen för personalen har BUP en organisationsstruktur som på många områden ger upphov till ineffektivitet och slöseri med både tid och resurser. Bland annat läggs ett betydande antal timmar på interna möten, samtidigt som kalendern för personalen är tom på patientbesök.⁶¹ Mycket tid går till administrativt arbete såsom intygsskrivande, journalföring, schemaläggning och remisshantering. Flera arbetsmoment är sådana som egentligen inte kräver läkarkompetens, men ändå genomförs av läkare på grund av gamla konventioner.⁶² Ytterligare något som tar onödig tid i anspråk - tid som tas ifrån de som står på kö till BUP - är när patienter uteblir från sina besök utan att ge återbud. Även om personalen då kan ägna tiden åt överblivet administrativt arbete, bortfaller en hel timme som kunde ha ägnats åt patienter.

Organisationen skapar dessutom en fragmentiserad vård för patienterna, och därmed ofta en fördröjd tillfriskningsprocess och extra lidande. Bland annat finns det vittnesmål om att det saknas en enhetlig behandlingsstandard och rutin på vilka barn

⁶⁰ Anonym psykiatriker, intervju.

⁶¹ Maibritt Giacobini m.fl., 10.

⁶² Aggestam m.fl., "En studie för att korta kötiderna på barn- och ungdomspsykiatri med läkarresursen i fokus", 33-34.

som ska prioriteras för att få behandling.⁶³ Den höga personalomsättningen gör att barn ofta måste byta behandlare, trots att de egentligen borde få ha samma psykolog eller läkare under hela sin behandling.⁶⁴

PRIVATA AKTÖRER OCH FRIA VÅRDVAL

På ett område har Sverige redan öppnat upp för privata aktörer, nämligen i primärvården. Vårdvalsreformen, som blev fullt etablerad 2010, kan sägas vara en av de mest omfattande och omdebatterade reformerna i modern tid inom svensk sjukvård.⁶⁵ Grundläggande principer bakom reformen var att fristående vårdgivare skulle få etablera sig fritt, och att patienterna själva fick makt att välja sin egen vård.⁶⁶

Den omdebatterade reformen har inte kommit utan kritik. Listan på argument som lyfts fram *mot* reformen kan göras lång: bland annat risk för ökad ojämlikhet, eskalerande kostnader, undanträngningseffekter och ökad antibiotikaanvändning. Dessa är givetvis reella risker som behöver tas på allvar: om marknaden får styra utan ett tydligt ramverk, riskerar ekonomiska incitament att göra det mer attraktivt att ta emot mer lättbehandlade patienter. Resultaten från reformen pekar dock på att personer med stora vårdbehov *inte* har trängts undan i termer av antal besök. Tvärtom visar flertalet jämförelser att det totala vårdutnyttjandet har ökat för *både* patienter med stora vårdbehov och för befolkningen som helhet. Dessutom tyder mycket på att personer med större vårdbehov fått fler läkarbesök i hemmet jämfört med befolkningen i stort, vilket indikerar att reformen har bidragit till nya vårdformer anpassat för de patienter som har svårast att ta sig till en mottagning.⁶⁷ Inte heller antibiotikaförskrivningen har ökat, utan tvärtom kunde man under åren efter att

⁶³ Maibritt Giacobini m.fl., 10.

⁶⁴ Anonym psykiatriker, intervju.

⁶⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vem har vårdvalet gynnat?* Rapport 2013:1, (2013), 5, <https://www.vardanalys.se/rapporter/vem-har-vardvalet-gynnat/>.

⁶⁶ Anna Häger Glenngård, *Primärvården efter vårdvalsreformen : valfrihet, kvalitet och produktivitet*, SNS Förlag, Stockholm 2015, <https://www.ifn.se/media/tbcdzs5u/2015-glenng%C3%A5rd-prim%C3%A4rv%C3%A5rden-efter-v%C3%A5rvalsreformen.pdf>.

⁶⁷ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vem har vårdvalet gynnat?*.

reformen infördes se en nedgång i samtliga regioner. Tvärtom har reformen visat på avsevärt positiva resultat i form av ökad valfrihet, tillgänglighet och patientnöjdhet. Utbudet av mottagningar har växt betydligt, den geografiska tillgängligheten har ökat, och produktiviteten har höjts utan negativ inverkan på kvaliteten. Dessutom har man kunnat påvisa ett positivt samband mellan den ökade valfriheten och patienternas upplevelse av vården.⁶⁸

Inom psykiatrin, liksom andra vårdområden, finns det gott om konkreta exempel på framgångssagor i form av fria aktörer som utmanat förlegade organisationsmodeller inom den regionala vården, och det med mycket goda resultat. Ett exempel är Prima Barnpsykiatri AB, som ansvarar för drygt 100 000 barn i Stockholms mest socialt utsatta områden. Företaget bildades i början av 2000-talet av tre barnpsykiatriker som alla hade erfarenheter inom den offentliga psykiatrin och kände en djup frustration kring det rådande, ineffektiva systemet.

Det första häpnadsväckande med Prima är att de inte har några köer. Genom att lägga om schemat har de kraftigt lyckats minska interntiden för personalen från 16 till tre timmar i veckan, och med gemensamma mallar för journaler och utlåtanden sparat in mycket administrativ tid utan att göra avkall på kvaliteten. Detta har gett tydligt resultat i praktiken: personalen på varje PRIMA-mottagning träffar hela fem patienter per dag, en slående skillnad mot de 1,2 patienter per dag som var fallet hos BUP-mottagningen vars lokaler de tagit över. Detta speglas också i personalens upplevelse: många som tidigare jobbat inom regionen och känt att de trampat vatten, har uppgett att de nu har en känsla av mening i sitt yrke.⁶⁹

Slutligen är Prima ett föredöme när det kommer till det kanske mest centrala: att sätta patienten i fokus. Varje patient får ett och samma team med sig under hela sin behandling, och behöver aldrig vänta i interna köer mellan olika avdelningar. Den

⁶⁸ Häger Glenngård, *Primärvården efter vårdvalsreformen : valfrihet, kvalitet och produktivitet*.

⁶⁹ Maibritt Giacobini m.fl., 18-26.

höga patientnöjdheten bekräftar just detta: 2023 låg den på hela 96%,⁷⁰ långt över nöjdheten hos BUP:s patienter i övrigt.⁷¹

Prima är bara ett av många företag som visat att det går att råda bot på kapacitetsbrist och väntetider, genom att ändra på gamla konventioner och tänka nytt - utan att kräva mer resurser. Generellt tycks fristående aktörer lyckas med detta i långt högre grad än offentliga. Statistiken över uppfyllelse av vårdgarantin för barn som söker sig till psykiatrin talar sitt tydliga språk. Mindre än 4 av 10 barn får vård i tid inom den offentliga psykiatrin, jämfört med 97 procent inom den privata sektorn.

⁷⁰ Maibritt Giacobini m.fl., 50-56.

⁷¹ "Resultat", Nationell patientenkät (SKR), 20 oktober 2025, <https://resultat.patientenkät.se/>.

JÄMFÖRELSE MED ANDRA LÄNDER

I denna del kommer hälso- och sjukvårdssystemen i fyra europeiska länder analyseras: Nederländerna, Schweiz, Tyskland och Danmark. De tre förstnämnda bygger på någon form av *Bismarck-modell*: en socialförsäkringsmodell karaktäriserad av konkurrens, självbestämmande och ett socialt skyddsnät för ekonomiskt eller socialt utsatta.⁷²

Nederländerna, Schweiz och Tyskland är de tre länder som ofta rankas högst i internationella mätningar när det gäller kvalitet på vården, patientnöjdhet och tillgänglighet, och långt över Sverige på i stort sett samtliga områden som har med patientens upplevelse att göra. Med andra ord: där Sverige är som sämst, är dessa tre länder som bäst. Många internationella jämförelser, bland annat de som redovisas i avsnittet *Bakgrund*, visar dessutom att länderna presterar bättre än eller lika bra som Sverige på det område som ofta lyfts fram som argument för att *behålla* vår allmänna välfärd, nämligen att alla ska få tillgång till vård. För en uppskattning av tillgången för alla oavsett ekonomisk situation, kan man titta på UHC (Universal Health Care) Service Coverage-index, som visar hur stor del av befolkningen som får nödvändiga vårdbehov täckta. Grova uppskattningar från WHO visar att Nederländerna, Schweiz och Tyskland har samma UHC-index som Sverige.⁷³ Data från FN:s ekonomiska kommission för Europa visar att dessa länder har ett högre eller lika högt UHC-index som Sverige: Tyskland ligger på 88%, Schweiz på 86% och Nederländerna tillsammans med Sverige på 85%.⁷⁴ Med andra ord är en allmän, skattefinansierad vård inte en garanti för att samtliga delar av befolkningen ska få vård, lika lite som försäkringsbaserade modeller är ett hinder för det.

Det fjärde landet, Danmark, som lyfts i avsnittet bygger likt Sverige på en skattefinansierad modell. Danmark är dock ett intressant land att studera närmare då

⁷² Theodore H Tulchinsky, "Bismarck and the Long Road to Universal Health Coverage", i *Case Studies in Public Health*. (Elsevier Press, 2018), 141, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804571-8.00031-7>.

⁷³ "Universal health coverage (UHC) service coverage index", WHO, 8 januari 2024, <https://data.who.int/indicators/i/3805B1E/9A706FD>.

⁷⁴ "Universal health coverage (UHC) service coverage, Index", UNECE, hämtad 20 juli 2025, <https://w3.unece.org/sdg/en/Indicator?id=192&>.

det är mest likartat Sverige i sin systemuppbyggnad, men trots det presterar långt bättre vad gäller såväl tillgänglighet som kontinuitet och patientnöjdhet. Vidare har Danmark fler privata inslag som kan vara värda att ta inspiration ifrån.

SCHWEIZ

Sjukvårdssystemet i Schweiz bygger på obligatoriska privata sjukvårdsförsäkringar, och utmärks av konkurrens, god tillgänglighet, hög kvalitet och stora valmöjligheter.⁷⁵ Landet har bland den högsta andelen läkare och sjuksköterskor per capita i EU, och knappt några väntetider.⁷⁶ Tillgången till vård kan klassas som exceptionell, högt över EU:s standard.⁷⁷ Patientnöjdheten är mycket hög, framför allt inom primärvården. 2023 var 9 av 10 mycket nöjda med primärvården,⁷⁸ medan motsvarande siffra i Sverige samma år var 7 av 10.⁷⁹

STYRNING OCH BESLUTFATTANDE

Beslutsfattandet görs både federalt och regionalt: medan socialförsäkringsdepartementet på nationell nivå har tillsyn över försäkringsbolagen, regleras i övrigt det mesta på kantonal nivå.⁸⁰ Det bör dock sägas att systemet under 2000-talet har genomgått en relativt omfattande centralisering.⁸¹

Utöver det offentliga har marknadens partner stort inflytande: bland annat är det upp till vårdförsäkringsföretag och vårdgivare att förhandla fram nationella tariffer för akutsjukvård, öppenvård och sluten psykiatrisk vård.⁸² Dessutom har befolkningen –

⁷⁵ Mattias Lundbäck, *Schweiz sjukvårdssystem - Effektiva lösningar utan central styrning*, Ratioakademiens sjukvårdsprojekt nr 4 (Ratio, 2022), 8, <https://cms.ratio.se/app/uploads/2022/01/sjukvarden-%E2%80%934-%E2%80%93schweiz-web.pdf>.

⁷⁶ Carlo De Pietro m.fl., "Switzerland: Health System Review", *Health System in Transition* 17, 4 (2015): 255, PMID: 26766626.

⁷⁷ Stefan Boes m.fl., "Health Systems in Action: Switzerland", European Observatory on Health Systems and Policies (WHO), 2024, 14, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380274/9789289059756-eng.pdf?sequence=1>.

⁷⁸ "Bevölkerung der Schweiz ist mehrheitlich zufrieden mit der Gesundheitsversorgung", News Service Bund, 2023, <https://www.news.admin.ch/de/nsb?id=99203>.

⁷⁹ "Tillgodosett vårdbehov, patientrapporterat, primärvård", Socialstyrelsen, 15 augusti 2025, https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/G017_Tillgodosett_vardbehov/.

⁸⁰ Lundbäck, *Schweiz sjukvårdssystem - Effektiva lösningar utan central styrning*, 9.

⁸¹ De Pietro m.fl., *Switzerland: Health System R, view*, 37.

⁸² De Pietro mfl., *Switzerland: Health System Review*, 21.

liksom i många andra frågor - del i beslutsfattandet genom medborgarinitiativ och folkomröstningar.⁸³

FINANSIERING

Finansieringen sker främst genom obligatoriska sjukvårdsförsäkringar som täcker ett grundläggande basutbud. För de låginkomsttagare som inte har råd att betala hela premien tillhandahålls det dock ekonomiskt stöd. För att riskfördela jämnt mellan försäkringsbolagen görs en fördelning av premierna med hänsyn till ålder, kön, tidigare sjukhusbesök och läkemedelskostnader. Utöver dessa tillkommer skatter och egenavgifter.⁸⁴ Inte minst används offentliga medel för att finansiera sjukhus och vårdboenden, där försäkringarna inte räcker till för att täcka investeringskostnaderna. Således är de flesta sjukhus offentliga eller icke-vinstdrivande privata.⁸⁵

Försäkringspremierna bestäms regionvis utan att ta hänsyn till faktorer som kön, historik eller inkomst. De obligatoriska försäkringarna får inte generera vinst åt företagen, däremot får samma företag erbjuda frivilliga försäkringar och göra vinst genom dem.⁸⁶ Frivilliga sjukförsäkringar är relativt populärt och fungerar främst som ett komplement för att finansiera tandvård eller sjukhusvistelse hos privata aktörer.⁸⁷

I Schweiz spenderas förhållandevis mycket pengar på hälso- och sjukvård: 2021 näst högst i världen efter USA,⁸⁸ och mer än dubbelt så mycket som både Sverige samma år.⁸⁹ Ytterligare en aspekt där Schweiz sticker ut, och som ofta blir föremål för kritik, är den höga självrisk som låter medborgarna betala trots att försäkringen är obligatorisk: mellan 3000 och 25 000 motsvarande kronor per år.⁹⁰ Den offentliga

⁸³ Stefan Boes m.fl., *Health Systems in Action: Switzerland*, 8.

⁸⁴ De Pietro m.fl., *Switzerland: Health System Review*, 79.

⁸⁵ Lundbäck, *Schweiz sjukvårdssystem - Effektiva lösningar utan central styrning*, 24.

⁸⁶ De Pietro m.fl., *Switzerland: Health System Review*, xxiv.

⁸⁷ Stefan Boes m.fl., *Health Systems in Action: Switzerland*, 8.

⁸⁸ Stefan Boes m.fl., *Health Systems in Action: Switzerland*, 9.

⁸⁹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Sverige: Landsprofil – Hälsa och hälso- och sjukvård 2023*, 2023, https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_se_swedish.pdf.

⁹⁰ Lundbäck, *Schweiz sjukvårdssystem - Effektiva lösningar utan central styrning*, 11.

finansieringen är mycket låg, endast 36,2% år 2021, vilket kan jämföras med Sveriges ansevärliga 86% 2022.⁹¹

EN DECENTRALISERAD ORGANISATION

Likt övriga system organiserade enligt Bismarck-modellen, följer resurserna patienten och inte organisationen. Schweiz kan dock anses vara unikt även gentemot andra länder med Bismarck-system när det kommer till den höga graden av valfrihet för patienterna.⁹² Patienterna får fritt val inte bara kring vårdgivare, utan även försäkringsplaner, premienivåer och hur vården ska organiseras, främst med avseende på integrering mellan primärvård och specialistvård. Till detta kommer en stor variation mellan olika kantonen. Vårdens innehåll går med andra ord att påverka individuellt på en mängd olika sätt, och allt detta inom ramen för den obligatoriska försäkringen.⁹³ Som nämnt ovan, tas merparten beslut på kantonal nivå. Många menar att systemet är så pass decentraliserat att man hade kunnat prata om 26 separata sjukvårdssystem, en för varje kanton.⁹⁴ Den stora variationen mellan kantonerna förstärks dessutom av en ytterst begränsad statlig styrning av ersättnings- och incitamentsstrukturen, vilket bland annat tar sig uttryck genom att läkare kan ges obegränsad ersättning per behandling.⁹⁵

Den stora möjligheten att själv få välja nivån på premier, utbud och vårdmodell är i huvudsak positivt. Alla människor och patienter är olika, och kommer därför rimligtvis föredra olika alternativ. Det är dock nämnvärt att detta varit en bidragande orsak till den relativt frekventa kritik som riktats mot det schweiziska sjukvårdssystemet, som lyfter fram de stora klyftorna mellan låginkomsttagare och höginkomsttagare när det gäller möjlighet till mer kvalitativ och preventiv vård.

⁹¹ Wahrolén, H. 2025. Privata sjukvårdsförsäkringar för alla - det nederländska exemplet, 8.

⁹² Lundbäck, *Schweiz sjukvårdssystem - Effektiva lösningar utan central styrning*, 9-11.

⁹³ Lundbäck, *Schweiz sjukvårdssystem - Effektiva lösningar utan central styrning*, 29-30,

⁹⁴ Séverine Schusselé Fillietaz m.fl., "Integrated care in Switzerland: Results from the first nationwide survey", *Health Policy* 122, 6 (juni 2018): 568-576, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.006>.

⁹⁵ De Pietro mfl., *Switzerland: Health System Review*, 255.

Fortsättningsvis är en väl integrerad vård av stor betydelse för behandlingen, inte minst inom psykiatrin. Här skulle det kunna lyftas fram som problematiskt att personer med lägre inkomst får mindre utrymme att välja en bättre integrerad vård, speciellt eftersom personer med sämre sociala förutsättningar redan tenderar att ha högre trösklar in till den specialiserade psykiatrin. Runtom i Europa har det blivit alltmer populärt att satsa på integrerad vård, men här har Schweiz saktat efter i förhållande till övriga länder. En försvårande omständighet för Schweiz är den fragmentiserade organisationen, vilket i sin tur är en naturlig följd av den långtgående federaliseringen. De kantonala skillnaderna pekas särskilt ut som en utmaning för psykiatrin.⁹⁶

Lyckligtvis tas allt fler initiativ till en utökad integrering mellan primärvård och specialistvård, och en betydande del av dessa är just med fokus på psykiatri. Även om initiativen har kommit sent sett till övriga EU, är utvecklingen trots de geografiska utmaningarna lovande.⁹⁷

NEDERLÄNDERNA

Även Nederländernas hälso- och sjukvårdssystem är baserat på ett socialförsäkringssystem där finansieringen görs med sjukkassor och privata sjukförsäkringsbolag, och utförandet görs av privatpraktiserande läkare och privata, icke-vinstdrivande sjukhus.⁹⁸ Modellen är ett resultat av en omfattande reform 2006, som föregicks av ett system med offentligt finansierad vård för vissa och privata sjukförsäkringar för andra. Systemet ansågs ineffektivt, komplext och osolidariskt, och missnöjet var omfattande.⁹⁹

Grundtanken bakom det nya systemet, som bygger på obligatoriska privata sjukförsäkringar för alla, är att det ska vara styrt utifrån patienternas efterfrågan istället för vårdutbudet.¹⁰⁰ Ytterligare en viktig grund för systemet är den reglerade

⁹⁶ De Pietro m.fl., *Switzerland: Health System Review*.

⁹⁷ Schusselé Fillietaz m.fl., "Integrated care in Switzerland: Results from the first nationwide survey".

⁹⁸ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 105.

⁹⁹ Wahrolén, *Privata sjukvårdsförsäkringar för alla*, 24.

¹⁰⁰ Lovisa Lanryd, "Vi borde ha det som i Nederländerna", Timbro Smedjan, 4 februari 2025, <https://timbro.se/smedjan/vi-borde-ha-det-som-i-nederlanderna/>.

konkurrensen mellan privata försäkringsbolag, under strikta villkor om universell täckning, kvalitet och kostnadskontroll. Medan försäkringsbolagen konkurrerar med varandra, förhandlar priser och avtal med vårdutövare, strävar vårdgivarna både efter att rekrytera patienter och försäkringsgivare att sluta avtal med.¹⁰¹ I praktiken har Nederländerna lyckats bygga ett av världens bästa sjukvårdssystem, som presterar långt bättre än Sverige på såväl tillgänglighet, personcentrering och kontinuitet.¹⁰²

FINANSIERING

De privata sjukvårdsförsäkringarna är obligatoriska från två håll. Varje medborgare över 18 har en lagstadgad skyldighet att teckna en försäkring, något som också efterlevs i närmast hundra procentig grad.¹⁰³ Den obligatoriska försäkringen täcker ett nästan fullständigt basutbud, inklusive läkemedel. För att inte socioekonomiskt svaga individer inte ska bli utan vård, finns en rad skyddsmekanismer. Ett av dessa är *zorgtoeslag*, som ges till låginkomsttagare i form av ett bidrag som finansierar en del av försäkringspremierna.¹⁰⁴

Utöver den obligatoriska försäkringen tecknar en stor andel av befolkningen frivilliga privata tilläggsförsäkringar, som bland annat täcker tandvård för vuxna, fysioterapi och glasögon. Till skillnad från innan 2006 ger en frivillig försäkring inte snabbare tillgång till vård eller ett ökat utbud av vårdtjänster.¹⁰⁵ Här skiljer det nederländska systemet alltså från det schweiziska, där folk exempelvis kan använda frivilliga försäkringspremier till privat sjukhusvistelse.

Lika obligatoriskt är det för försäkringsföretagen - och vårdgivarna - att acceptera alla patienter, oavsett vårdbehov, ålder, kön eller historik. För att förhindra patientselektion fördelas intäkterna till försäkringsgivarna enligt en riskutjämnande

¹⁰¹ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 106.

¹⁰² Wahrolén, *Privata sjukvårdsförsäkringar för alla*, 16.

¹⁰³ Wahrolén, *Privata sjukvårdsförsäkringar för alla*, 26.

¹⁰⁴ "Applying for healthcare benefit", Government of the Netherlands, 27 juni 2025, <https://www.government.nl/topics/health-insurance/applying-for-healthcare-benefit>.

¹⁰⁵ "Netherlands: International Health Care System Profiles", The Commonwealth Fund, 5 juni 2020, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>.

formel som tar hänsyn till faktorer såsom vårdhistorik, ålder och kön. På så sätt blir det ingen ekonomisk risk för försäkringsgivare att ta emot exempelvis äldre eller kroniskt sjuka.¹⁰⁶

Sjukvårdskostnaderna för varje medborgare över 18 utgörs av en årlig självrisk, försäkringspremier samt en mindre skattesats på 5,26% av inkomsten upp till ett visst inkomsttak.¹⁰⁷ Den obligatoriska självrisk ligger 2025 på 385€, och måste betalas av alla medborgare över 18 år innan försäkringen börjar täcka sjukvårdskostnaderna (med undantag för bland annat primärvård och mödravård). Det finns dock möjlighet att betala mer i självrisk, beroende på vilken försäkringsplan man själv föredrar.¹⁰⁸ Däremot är det inte alla som behöver betala för hela självrisk: endast omkring hälften av de som valt obligatorisk självrisk har använt så pass mycket vård att de behövt betala hela självrisk.¹⁰⁹ Även försäkringspremien är olika beroende på vilken försäkringsgivare man väljer, men ligger i genomsnitt på 159€ i månaden. För vissa vårdtjänster, såsom tandvård, ögonhälsa och alternativmedicin, tillkommer egenavgifter.¹¹⁰ Den genomsnittliga nederländaren betalade 5871 euro i sjukvårdskostnader år 2024.¹¹¹ Detta är relativt högt i förhållande till övriga EU, men skillnaden från Sverige är endast drygt 100 euro.

ORGANISATION OCH ERSÄTTNINGSTRUKTUR

Som tidigare nämnt är en grundpelare i det nederländska vårdssystemet den statligt reglerade marknaden mellan vårdgivare och försäkringsgivare. Det blir allt vanligare att försäkringsbolag väljer resultatbaserad ersättning när de sluter avtal med vårdgivare. I praktiken innebär detta att sjukhus och andra vårdenheter måste

¹⁰⁶ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 105.

¹⁰⁷ "Healthcare in the Netherlands", Zorgwijzer, 13 augusti 2025, <https://www.zorgwijzer.nl/faq/healthcare-netherlands>.

¹⁰⁸ "Verzekerde zorg - Eigen risico", Zorginstituut Nederland, 13 september 2025, <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/e/eigen-risico-zvw>.

¹⁰⁹ "Sources of revenue and financial flows", Euro Health Observatory (WHO), 15 september 2025, <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/section-detail/netherlands-2016/financing/sources-of-revenue-and-financial-flows/>.

¹¹⁰ "Healthcare in the Netherlands".

¹¹¹ "Spending on health care up by 8.1 percent in 2024", Statistics Netherlands, 27 maj 2025, <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2025/22/spending-on-health-care-up-by-8-1-percent-in-2024>.

prestera enligt bestämda krav för att säkra sina intäkter.¹¹² Endast 30% av sjukhusens intäkter är fasta, och ämnar särskilt avancerade behandlingar som traumavård eller transplantationer. I övrigt är det fritt utrymme för förhandling mellan försäkringsföretagen och sjukhusen.¹¹³

Allmänläkare spelar en nyckelroll i det Nederländska sjukvårdssystemet, och de allra flesta är privatpraktiserande. Trots att det inte är ett krav är över 95 procent av alla invånare registrerade hos en husläkare de valt själva, och det gott om möjlighet att byta husläkare närhelst man vill. Precis som i Sverige har allmänläkaren en gatekeeping-funktion, både för specialistvård och sjukhusvård.¹¹⁴

Vad gäller ersättningsstrukturen inom primärvården, är denna i hög grad utformad så att läkarna får incitament att prestera väl och rekrytera och behålla patienter. De flesta läkare får sin ersättning genom en kombination av kapitation (fast ersättning per listad patient) och resultatbaserad ersättning. Kapitationsersättningen ges årligen i form av en fast summa, och står normalt för cirka hälften av läkarens inkomst. En viktig poäng med denna är att den garanterar tillgänglighet och kontinuitet i vården, men skapar incitament för läkare att rekrytera och behålla patienter. Resultatbaserad ersättning ges utöver kapitationsersättningen, och erhålls vid varje läkarbesök eller konsultationstillfälle. Därmed uppmuntras läkarna att höja sin prestation.¹¹⁵ Utöver detta ges särskilda ersättningar till allmänläkare som utövar öppenspsykiatrisk vård. Utanför detta system finns även möjlighet att få ersättning som förhandlas fram mellan vårdgivare och försäkringsbolag. Detta omfattar cirka 25 procent av alla allmänläkare.¹¹⁶

Gällande specialistvården bedrivs merparten på sjukhusen, såväl de offentligt drivna universitetssjukhusen som de privata akutsjukhusen och mindre specialistcentra. Trots att specialistläkarna är knutna till sjukhusen är majoriteten egenföretagare,

¹¹² Wahrolén, *Privata sjukvårdsförsäkringar för alla*.

¹¹³ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 108.

¹¹⁴ "Netherlands: International Health Care System Profiles".

¹¹⁵ Nederlandse Zorgautoriteit, "An Optimal remuneration system for General Practitioners", Research Paper Series nr 4, 26 juli 2007, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_2271_22/1/.

¹¹⁶ "Netherlands: International Health Care System Profiles".

ofta organiserade i mindre läkargrupper för varje område. Läkargrupperna förhandlar direkt med sjukhusen kring ersättning, tillgång till sjukhusutrustning, möjlighet att lägga in patienter, och medverkan vid jour.¹¹⁷ Gällande ersättningen är utrymmet stort för fri förhandling, men har sin utgångspunkt i klassificeringssystem som kopplar ersättningen till diagnos och behandling.¹¹⁸

STYRNING OCH BESLUTFATTANDE

Staten fungerar som en central kontrollinstans, med ansvar för reglering och kontroll av den annars mycket fria sjukvårdsmarknaden. Inte minst regleras det basutbud som ska ingå i de obligatoriska sjukvårdsförsäkringarna.¹¹⁹ Statens kontroll utövas till stor del genom ett antal självständiga myndigheter med tydligt avgränsade ansvarsområden. Vissa myndigheter har ansvar för att övervaka marknaden, reglera ersättningsnivåer, och säkerställa god konkurrens och kostnadseffektivitet. Andra ansvarar för vårdens och läkemedlens kvalitet, säkerhet och tillgänglighet, och läkemedels säkerhet och effektivitet.¹²⁰

HUR PRESTERAR NEDERLÄNDERNA?

När det gäller *tillgänglighet*, rankas Nederländerna bland de högsta i en rad internationella mätningar, både med avseende på kostnader, väntetider och tillgång i hela landet. I The Commonwealth Funds rapport där 10 av de högst presterande länderna jämförs, hamnar Nederländerna allra högst när det gäller tillgång, både med hänsyn till låga kostnader och god tillgång till vården.¹²¹

När det kommer till tillgänglighet utanför kontorstider har Nederländerna, liksom i Sverige, haft utmaningar med att patienter söker sig till akutmottagningar istället för primärvården. Till skillnad från i Sverige har dock seriösa åtgärder tagits för att komma till bukt med detta. Idag medverkar i stort sett alla allmänläkare i

¹¹⁷ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 106.

¹¹⁸ "Netherlands: International Health Care System Profiles".

¹¹⁹ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 105.

¹²⁰ "Netherlands: International Health Care System Profiles".

¹²¹ "Netherlands: International Health Care System Profiles".

jourverksamhet utanför ordinarie kontorstider.¹²² Vilket kan utläsas i Figur 3, toppar Nederländerna listan på upplevd tillgänglighet till primärvården utanför kontorstider. Gällande *kvalitet* rankas Nederländerna högt i internationella mätningar med hänsyn till flera olika mått.¹²³ Även när det kommer till vårdens utförande, med hänsyn till prevention, patientsäkerhet, patientcentrering och kontinuitet mellan olika instanser, är Nederländerna i toppen. Detta skulle kunna förklaras av det starka primärvårdssystemet med betydande inslag av valfrihet. Landet placerar sig bland de tre bästa även när det kommer till jämlikhet i tillgång och vårdupplevelse, både med hänsyn till inkomst och etnisk bakgrund.¹²⁴

Slutligen visar Nederländerna även vägen med avseende på integrerad vård. En mängd initiativ har under senare år tagits för bättre samordning mellan sjukhusen, primärvården och den specialiserade vården utanför sjukhusen när det gäller akut vård, med kortare väntetider vid akutmottagningarna och bättre prioritering av patienter med avseende på medicinsk allvarlighetsgrad.¹²⁵

För patienter med kroniska sjukdomar samordnas primärvården genom att allmänläkare organiserar sig i vårdgrupper. Grupperna köper i sin tur in olika vårdtjänster från flera olika vårdgivare, exempelvis specialister, sjukgymnaster och laboratorier, för att ge patienten en samordnad vård. För att främja samordningen ytterligare får hela gruppen, istället för varje vårdgivare separat, en samlad ersättning som täcker hela vårdkedjan för en viss diagnos.¹²⁶

TYSKLAND

Även i Tyskland är det socialförsäkringar som bygger upp sjukvårdssystemet, men Tyskland har något fler inslag av offentliga regleringar och ett mer generöst socialt skyddsnät än Nederländerna och Schweiz. Trots det kan landet anses vara urtypen för socialförsäkringsmodellen: det var här den tyske kanslern Bismarck införde sitt

¹²² Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 109.

¹²³ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 111.

¹²⁴ "Netherlands: International Health Care System Profiles".

¹²⁵ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 107.

¹²⁶ "Netherlands: International Health Care System Profiles".

system under sent 1800-tal, ursprungligen med syfte att garantera ett försäkringsskydd vid sjukdom för arbetare och tjänstemän.¹²⁷

FINANSIERING

Vården finansieras genom obligatoriska försäkringar, men till skillnad från i Nederländerna och Schweiz är dessa främst offentligt finansierade genom allmänna lönebidrag (14,6% av bruttolönen upp till ett visst inkomsttak). Pengarna finansierar ett hundratal olika konkurrerande, icke-vinstdrivande sjukförsäkringskassor. Liksom i Nederländerna och Schweiz fördelas pengarna mellan kassorna utifrån en riskutjämnande formel, som tar hänsyn till ålder, kön och hälsotillstånd. Den obligatoriska försäkringen täcker ett i stort sett fullständigt basutbud, inklusive medicin, sjukkassa, psykiatri, preventiv vård och regelbundna tandläkarkontroller.¹²⁸

De personer som tjänar över en viss lönenivå har möjlighet att "köpa sig ur" det obligatoriska försäkringssystemet, och istället betala privata, ej subventionerade försäkringar. Detta görs av ungefär 1 av 10 tyskar. Det finns även möjlighet för alla, oavsett inkomst, att komplettera sin vård med privata försäkringar, bland annat tandvård och ett bredare vårdutbud, vilket är mycket populärt.¹²⁹

Det finns generösa sociala skyddsnät som tar hänsyn till de grupper i samhället som har det sämre socioekonomiskt ställt. Bland annat täcks barn samt makar och makor utan inkomst, utan att behöva betala. Dessutom regleras egenavgifter proportionerligt utifrån inkomst och livssituation: exempelvis får egenavgifterna för sjukhusvistelse inte överstiga två procent av hushållets inkomst, och för allvarligt kroniskt sjuka inte mer än en procent. För långtidsarbetslösa täcker staten kostnaden för den obligatoriska sjukförsäkringen.¹³⁰ Utfallet är mycket gott: 2021 hade Tyskland

¹²⁷ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 111.

¹²⁸ "Germany: International Health Care System Profiles", The Commonwealth Fund, 5 juni 2020, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany>.

¹²⁹ "Germany: International Health Care System Profiles".

¹³⁰ "Germany: International Health Care System Profiles".

bäst UHC-index (Universal Health Coverage) i hela EU, med god marginal över Sverige.¹³¹

Tariffer för vården inom ramen för det obligatoriska sjukförsäkringssystemet sätts nationellt utifrån förhandlingar mellan förbundsorganisationerna för sjukförsäkringskassorna, läkarförbunden respektive sjukhusen. Tarifferna reglerar priser för de olika typer av vårdtjänster som ingår i öppenvården och som finansieras av de obligatoriska sjukförsäkringarna.¹³² Ersättningen är i regel lika för alla läkare inom samma område, även om möjligheterna till att variera ersättningen utifrån kvalitet och utbud har ökat under senare år. När det gäller vård som omfattas av privat försäkring råder det däremot fri möjlighet för privata försäkringsgivare att själva sluta avtal med enskilda läkare eller läkargrupper.¹³³

Även för det tyska systemet ligger sjukvårdskostnaderna i toppskiktet bland de europeiska OECD-länderna.¹³⁴ I Tyskland spenderades omkring 5900 Euro per capita på sjukvård år 2023, 200 Euro mer än i Sverige.¹³⁵

STYRNING OCH BESLUTFATTANDE

Generellt är sjukvårdssystemet i Tyskland decentraliserat. Gällande finansieringen har ansvaret historiskt legat på regionala sjukhus, och privatläkare och fristående sjukhus har stått för utförandet av vårdtjänsterna. De idag 16 delstatsregeringarna har stort utrymme att utforma sjukvårdens struktur och inriktning, vilket ofta görs med inspel från professionen. Dessutom har de ansvar för att reglera utbudet av sjukhusvård, såväl i offentlig som privat, icke-vinstdrivande regi. Inte minst kan de reglera etableringen av sjukhus och läkarmottagningar, samt stoppa överetableringar i områden med redan god kapacitet. Med den decentraliserade strukturen kommer -

¹³¹ "Universal health coverage (UHC) service coverage, Index", UNECE.

¹³² "Germany: International Health Care System Profiles".

¹³³ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 117.

¹³⁴ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 118.

¹³⁵ Health Care expenditure by financing scheme, Eurostat, hämtad 20 augusti 2025, https://doi.org/10.2908/HLTH_SHA11_HF.

likt i Schweiz - regionala skillnader. I Tyskland har staten dock ett tydligare ansvar att säkerställa likvärdig vård i hela landet.¹³⁶

Statens roll är främst att sätta ramarna för sjukvårdssystemet och se till att regelverket efterlevs. Bland annat bestäms på statlig nivå det basutbud som ingår i den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen, antalet praktiserande läkare, finansiering av sjukhus och utformning av infrastrukturen för sjukvårdssystemet.¹³⁷ I

beslutsfattandet och kvalitetsuppföljningen ges såväl marknadens aktörer som patienterna inflytande genom Tysklands federala gemensamma sjukvårdskommitté G-BA, som är det högsta beslutande organet. Här ingår representanter för läkare, tandläkare, psykoterapeuter, sjukförsäkringskassor, sjukhus och patienter.¹³⁸

Ett viktigt ansvar som staten har är att säkerställa kostnadseffektivitet och upprätthålla en sund konkurrens. Utöver detta har staten en lagfäst, aktiv roll i att stärka patientcentreringen, kvaliteten och kostnadseffektiviteten. Bland annat finns ett institut för kvalitetsuppföljning och transparens, med uppdrag att mäta och rapportera hur varje vårdutövare presterar. Vidare måste alla sjukhus regelbundet publicera sina prestationer tillgängligt för allmänheten, för att ge patienterna möjlighet att ta väl övervägda vårdval. Utöver detta finns ett oberoende, vetenskapligt institut för kvalitet och effektivitet, som har i uppdrag att utvärdera kostnadseffektiviteten hos utskrivna mediciner.¹³⁹ På så vis undviks överbehandling och slentrianmässig utskrivning av mediciner.

HUR VÄL PRESTERAR TYSKLAND?

Generellt presterar den tyska sjukvården mycket bra i förhållande till övriga EU-länder. Trots att de obligatoriska försäkringarna är offentliga och att arvoden regleras offentligt, är det mycket i Tysklands modell som är föredömligt ur en marknadsliberal synvinkel. Exempelvis råder det här samma dubbla konkurrens som i

¹³⁶ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 111.

¹³⁷ "Germany: International Health Care System Profiles".

¹³⁸ "Health care in Germany: Learn More – The German healthcare system", Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG), 18 december 2024, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298834/>.

¹³⁹ "Germany: International Health Care System Profiles".

övriga Bismarck-system, dels mellan försäkringsföretagen som kan konkurrera med olika premier och bonusar, och dels mellan vårdutövare. Följden blir att varje patient har betydande möjligheter att forma och bestämma över sin egen vård.

Sammantaget presterar Tyskland mycket bra med hänsyn till i stort sett alla aspekter. Tillgängligheten kan klassas som mycket god, med korta väntetider och jämförelsevis låga patientavgifter. Precis som Sverige har Tyskland en jämförelsevis hög andel patienter som söker vård vid akutmottagningar utanför kontorstid, på grund av för få vårdalternativ. I Tyskland försöker man aktivt komma till bukt med problemet, bland annat genom att etablera nya öppenvårdsmottagningar med mer flexibla öppettider, och de regionala läroorganisationerna har rentav ett *ansvar* att *säkerställa* tillgången till öppenvård dygnet runt. De läkare som arbetar utanför sjukhusen är enligt lag skyldiga att arbeta utanför kontorstid på en öppenvårdsmottagning för att få kontinuerlig ersättning från socialförsäkringen, och med risk för straffavgifter vid utebliven tjänstgöring.¹⁴⁰

Ett område där Tyskland inte presterar särskilt högt är patientnöjdheten: cirka sju av tio tyskar är nöjda med sjukvården.¹⁴¹ Trenden är inte heller särskilt positiv. Just nu genomförs en omfattande reform där sjukhusläkare ges fast lön istället för ersättning per prestation, och detta möter stor skepsis.¹⁴² Det är en betydande anledning till att patientnöjdheten i Tyskland nu ligger på en historiskt låg nivå. Däremot är folk mycket tillfredsställda med sjukförsäkringen: 86% upplever att de offentliga försäkringarna täcker allt nödvändigt inom ramen för en god sjukvård, och motsvarande siffra för de privata försäkringarna är 93%.¹⁴³

Gällande integrerad vård, har det i Tyskland länge har det i Tyskland funnits en strikt uppdelning mellan den sjukhusdrivna slutenvården och den specialiserade

¹⁴⁰ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 118.

¹⁴¹ "Gesundheitsystem: Bedingt vertrauenswürdig", Pharmazeutische Zeitung, 26 juni 2025, <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/gesundheitsystem-bedingt-vertrauenswuerdig-156963/>.

¹⁴² "Die Krankenhausreform – was ändert sich?", Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, 14 januari 2025, <https://www.verdi.de/themen/gesundheit/++co++7445b5ba-8213-11ee-9886-4fd19630906e>.

¹⁴³ "Healthcare-Barometer 2025", PwC, 15 juli 2025, <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/healthcare-barometer.html>.

öppenvården som främst bedrivs av privatpraktiserande läkare. Den fragmenterade strukturen har lett till att Tyskland varit sena med att implementera nya tekniker och avancerade behandlingar främst inom öppenvården. För att komma till bukt med detta pågår idag en rad olika försök och reformer för att öka integreringen mellan vårdformerna, bland annat skyldigheter för läkare att verka inom båda vårdformerna.¹⁴⁴

DANMARK

Den danska modellen bygger, liksom den svenska, på offentliga medel. Danmark har dock betydligt högre grad av valfrihet och privata försäkringar.¹⁴⁵ Mer än 4 av 10 danskar betalar en privat, kompletterande sjukförsäkring som täcker tandvård, medicin och fysioterapi, och 3 av 10 har ytterligare en försäkring som ger bättre tillgång till privata vårdgivare.¹⁴⁶

Ett område där Danmark lyckas exceptionellt bättre än Sverige är primärvården. Här finns även möjlighet att välja två olika alternativ för att få sin vård försäkrad. Det mest populära alternativet liknar den svenska modellen, där allmänläkare har rollen som "gate-keepers" till den specialiserade vården. Den andra modellen ger direkt tillgång till den specialiserade vården utan krav på remiss, men med risk för egenavgifter.¹⁴⁷

Primärvården i Danmark har en lång tradition av privatpraktiserande allmänläkare som utgör basen i vårdsystemet. Nästan samtliga deltar i jourverksamhet för enklare akuta besvär utanför ordinarie öppettider. Sedan 2013 gäller även ett system där mottagningar bemannas av läkare och sjuksköterskor på kvällar, nätter och helger, dit tanken är att invånare först ska vända sig innan de söker akutsjukhus. Resultatet har blivit att tillgängligheten till primärvården är god, även utanför kontorstider.¹⁴⁸

¹⁴⁴ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 118.

¹⁴⁵ "Köerna driver ojämlikheten i sjukvården".

¹⁴⁶ "Denmark: International Health Care System Profiles", The Commonwealth Fund, 5 juni 2020, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark>.

¹⁴⁷ "Denmark: International Health Care System Profiles".

¹⁴⁸ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 125.

STYRNING

Styrningen och ansvaret fördelas till viss del som i Sverige, med självständiga regioner som styrs av folkvalda politiker, medan statens uppdrag är att reglera och kontrollera kvaliteten på vården i hela landet. En aspekt där Danmark skiljer sig betydligt från Sverige, är antalet regioner, särskilt efter 2004 års regionreform, då de tidigare 14 landstingen ersattes av fem regioner med huvudansvar för specialist- och sjukhusvård och avtal med privata vårdgivare kring primärvården.

Staten följer även upp kvalitet, produktivitet och patientnöjdhet samt godkänner obligatoriska hälsoavtal mellan regioner och kommuner. Vårdgarantin, införd 2002 och omarbetad 2013, innebär en mer differentierad modell än i Sverige, där patienter med hög prioritet ska få vård inom 30 dagar, medan lågprioriterade patienter ska behandlas inom 60 dagar (jämfört med 90 dagar i Sverige).

FRAMGÅNGSRIKA REFORMER

Danmark presterar även långt bättre än Sverige gällande tillgängligheten, och har genom en rad omfattande reformer kortat väntetiden betydligt, och samtidigt höjt kvaliteten på vården. Inte nog med att den differentierade vårdgarantin tillser att de patienter med störst behov får vård först: dessutom har reformer införts som garanterar att vårdgarantin upprätthålls. Om kötiden ens *riskerar* att överskrida den satta tidsgränsen, ska man som patient få stöd att välja en annan vårdgivare, offentlig eller privat.¹⁴⁹

Även produktiviteten är ett område där Danmark gjort ett framgångsrikt arbete under lång tid. Det senaste decenniet har det rådit ett statligt krav på 2 % produktivetsförbättring per år. Detta har gett resultat: nästan samtliga år sen reformen genomfördes har de danska sjukhusen ökat sin produktivitet.¹⁵⁰

Ytterligare en reform som införts, och som inte minst får stor betydelse när man har en marknad med många aktörer med olika ägarformer, är krav på att data ska kunna

¹⁴⁹ "Dansk sjukvård ett föredöme för Sverige", Svenskt Näringsliv, 11 september 2023, https://www.svensknaringsliv.se/sakomraden/arbetsmarknadspolitik/dansk-sjukvard-ett-foredome-for-sverige_1202542.html.

¹⁵⁰ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 123.

delas mellan sjukhus och andra instanser inom den specialiserade vården, och införandet av enhetliga nationella datastandarder.¹⁵¹ Detta är något som idag är en utmaning bland annat inom den svenska psykiatrin. När en patient söker sig utanför den regionala vården finns det ingen garanti för att viktig information ska kunna förmedlas mellan aktörerna. Om vi ska ha fler fristående aktörer utan att patienter faller mellan stolarna, behöver vi liksom Danmark se till att datadelningen inte längre är fragmentiserad.

MEDSKICK, RISKER OCH REFLEKTIONER

Med införandet av privata försäkringar kommer oundvikligen en del risker. En central observation från undersökningen av ovanstående länder är att många av de risker som lyfts, såsom urholkad kvalitet, patientselektion och ojämlikhet, inte alls förekommer i särskilt hög grad i dessa länder.

Nedan redogörs det för de risker som skulle kunna uppstå till följd av ett mer marknadsbaserat sjukvårdssystem, och hur dessa har utvecklats och åtgärdats i de länder som presenterats ovan.

Urholkad kvalitet är en vanlig aspekt som lyfts fram. Hur ska man säkerställa att vården utförs optimalt utifrån patientens bästa, när ekonomiska incitament driver vårdgivare att vårda så många patienter som möjligt? Faktum är dock, att det tycks vara precis tvärtom i realiteten. I Schweiz, Nederländerna och Tyskland har det försäkringsbaserade systemet inte visat sig medföra några kvalitetsförsämringar: tvärtom gör den sunda konkurrensen att vårdgivare och finansiärer ständigt måste sträva efter att ge patienten så kvalitativ vård som möjligt. I Sverige å andra sidan, har sjukvårdens oförmåga att möta vårdbehovet lett till att patienter ofta inte får ändamålsenlig vård och skrivs ut innan de är fullt behandlade.

Överbehandling är en annan farhåga med ett system där läkare och sjukhus konkurrerar om ersättningen. Vad hindrar läkare från att ta emot patienter som egentligen inte behöver vård, och rekommendera dem fler läkarbesök än vad som är nödvändigt, om de kan tjäna pengar på det? I de försäkringsbaserade länderna som

¹⁵¹ "Dansk sjukvård ett föredöme för Sverige".

beskrivs ovan pekar studier emellertid inte alls på att överbehandling är ett påvisat problem. Hur regelverket är utformat och hur väl staten kan se till att det efterföljs, är sannolikt minst lika viktigt, och mer ändamålsenligt, för att förhindra överbehandling, än att begränsa ersättningen för läkare.

Oseriösa aktörer är ytterligare en risk som lyfts fram med att överlåta ansvaret över vården till fristående aktörer. I Sverige idag finns det redan problem med oseriösa aktörer inom välfärden. Denna risk är i högsta grad värd att ta på allvar, men inte heller här har de försäkringsbaserade länderna några uppmätta problem. En möjlig förklaring till detta är den välutvecklade konkurrensen i kombination med strikta standarder för licensiering och kvalitet. Medan försäkringsföretag inte vill riskera att göra avtal med en oseriös vårdaktör, har vårdgivarna höga krav på sig även från staten. Dessutom har patienterna större möjlighet att byta vårdgivare.

Risken för *ojämlikhet* i samband med införandet av privata försäkringar, är en föreställning lika utbredd som felaktig. Danmark och Australien är två exempel på länder där jämlikheten är minst lika bra som i Sverige, men som har en betydligt högre grad av privata försäkringar.¹⁵² Generellt är det flera länder med socialförsäkringssystem som har en likartad fördelning av vårdtjänster mellan inkomstgrupper som i Sverige.¹⁵³

Patientsektion innebär att vårdgivare, medvetet eller omedvetet, prioriterar vissa patienter framför andra, ofta utifrån ekonomiska incitament snarare än medicinska behov. Det här kan med rätta lyftas fram som en risk i ett system där ersättningen till vårdgivare är kopplad till antal prestationer. Risken finns absolut att det uppstår drivkrafter att ta emot patienter som är relativt friska, enkla att behandla och kräver mindre resurser. I värsta fall kan detta leda till att patienter med komplexa eller kroniska besvär trycks undan. En annan risk som skulle kunna lyftas fram är huruvida alla företag faktiskt kommer vilja försäkra alla, framför allt de människor som tillhör en riskgrupp. I våra tre internationella exempel har man med framgång eliminerat

¹⁵² "Köerna driver ojämlikheten i sjukvården".

¹⁵³ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 150.

dessa risker genom kravet på att acceptera alla medborgare, och den finjusterade riskfördelningen mellan försäkringsbolagen. Ytterligare en farhåga, speciellt när det gäller de personer som behöver hjälp från psykiatrin, är att människor själva inte vill försäkra sig. I dessa länder har man hanterat även detta genom lagstadgade krav att köpa en försäkring.

En observation värd att göra är att i länderna med socialförsäkringssystem spelar professionen en mer central roll i förhandlingar. I både Nederländerna och Tyskland sker förhandlingar mellan finansiärer och sjukhus samt regionala läkarorganisationer inom olika medicinska områden. I Sverige tas liknande avtal i regel fram av regionerna, där regelverk och ersättningsmodeller bestäms utan att vårdgivare eller professionen involveras direkt. En viktig fördel med att låta professionen få ett tydligare inflytande, är att det ofta leder till ett större ansvarstagande och engagemang från professionens sida för avtalens innehåll.¹⁵⁴

Jämförelsen av de tre olika länderna visar att det inte finns någon entydig mall för hur ett försäkringsbaserat system ska utformas. Tvärtom finns det stort utrymme att anpassa systemet utifrån det egna landet, med hänsyn till konventioner, historisk organisering av institutioner och medborgarnas förhållningssätt till staten. Exempelvis har Schweiz ett högst decentraliserat system, med betydande inslag av kantonalt självstyre, direktdemokrati och fri prissättning. I kontrast till detta har vi det tyska systemet, med högre grad av statlig reglering, solidaritet och kollektiv prissättning. Nederländerna förlitar sig mer än Tyskland på marknadsmekanismerna och har högre acceptans för differentiering och individuell prissättning. Däremot är den nederländska modellen långt mer reglerad än den schweiziska.

Om ett försäkringsbaserat system skulle implementeras i Sverige, skulle antagligen en mer reglerad modell, likt den tyska, ligga närmast till hands. Detta med tanke på hur Sverige ser ut idag, med en utpräglad omfördelningsvilja, stark tilltro till offentliga institutioner och en korporativistisk arbetsmarknadsmodell präglad av

¹⁵⁴ Rehnberg, *Vem vårdar bäst?*, 15.

facklig organisering. På lång sikt hade det dock sannolikt varit både möjligt och önskvärt att gå mot en mindre reglerad organisation och mer individuell prissättning.

En sista fundering värd att ta upp är hur mycket gemene svensk hade fått betala för sin försäkring. Utifrån de exempel som har presenterats här, hade kostnaderna landat på ungefär samma nivå. En nederländare betalar ungefär 100 euro mer för sin sjukvård än svensken gör idag, och i Tyskland är kostnaden per invånare 200 euro högre än i Sverige. För majoriteten av befolkningen hade detta lyckligtvis inneburit en ytterst marginell kostnadsökning per år, som de signifikant kortare väntetiderna och förbättrade vårdupplevelsen hade kompenserat för. Dessutom är det värt att nämna att kostnadsökningen i Nederländerna och Tyskland varit stabil sedan många år tillbaka, medan den har varit kraftig och fortsatt förväntas öka i Sverige.¹⁵⁵

SLUTSATSER

Trots ett relativt högt självförtroende, brister svensk sjukvård i nästan samtliga kvalitetsaspekter. Långa vårdköer, dålig tillgänglighet, undanträngning av svaga grupper och dålig patientcentrering är bara några av de problemen sjukvården står inför. Psykiatri är ett av de områden där situationen är som mest akut, där kapacitetsbrist, en ohållbar arbetssituation för personalen och fragmenterade vårdflöden leder till enormt mycket lidande för patienterna.

Problemen beror inte på för lite resurser. De är resultat av en ingrodd ineffektivitet, låg produktivitet och avsaknad av incitament att träffa och vårda patienter. I kontrast till detta ser vi tre europeiska länder med ett försäkringsbaserat system som visar ett signifikant bättre resultat vad gäller tillgänglighet, kvalitet, patientcentrering och kontinuitet, utan att göra avkall på att alla ska få tillgång till vård. Även i Sverige har marknadsliberala inslag redan visat sig fungera genom primärvårdsreformen. Det är hög tid för oss att våga fortsätta på den banan, och följa efter våra europeiska framgångsexempel.

¹⁵⁵ "Redo för framtiden?"

REFORMFÖRSLAG

Reformer för det system vi har idag:

- Inför nationellt krav på fritt vårdval inom hela psykiatrin genom en reform likt vårdvalsreformen 2010 för primärvården. Detta ska omfatta såväl barn- och ungdomspsykiatrin som den öppna vuxenpsykiatrin och högspecialiserade enheter. Ineffektiva och misskötta organisationer ska inte ha råd att finnas kvar och människors möjlighet till valfrihet ska inte bero på vilken region de bor i.
- Lägg ett ansvar på regionerna att hjälpa patienter att välja en annan vårdgivare om kötiden till undersökning, diagnostisering eller behandling över huvud taget riskerar att överskrida den lagstadgade väntetiden enligt vårdgarantin. Patienten ska få stöd att vända sig till såväl offentliga som fristående aktörer.
- Öka tillgången till primärvård under kvällar och helger. Regionerna är fria att implementera olika modeller för detta, såsom belöningssystem för vårdpersonal att medverka i jourverksamhet utanför kontorstider. På så sätt behöver färre patienter drivas till akutmottagningarna, och vårdpersonalen får större frihet att utforma sin arbetsvecka.
- Underlätta delningen av data i hela landet genom införandet av nationella gemensamma standarder för överföring av vårddata. Se över och låtta upp regelverken för sekretess mellan regioner och de privata aktörer som patienten själv vänder sig till. Fragmentiseringen mellan olika vårdinstanser ska inte förstärkas genom att information inte kan förmedlas optimalt.

- Gör om regelverket för remittering till BUP, så att endast de med rätt medicinsk kompetens kan skriva remiss. Barn ska bara behöva vända sig till BUP om de faktiskt kan få rätt hjälp där, och det enorma trycket på barn- och ungdomspsykiatrin måste lättas.
- Öka transparensen i vården. Inför nationella, tydliga och mätbara kriterier för prestation och kvalitet, såsom väntetider, friskskrivningsgrad, återfallsfrekvens och uppmätt patientnöjdhet. Sätt krav på sjukhus och övriga vårdgivare att utifrån dessa kriterier regelbundet publicera sina prestationer, tillgängligt för allmänheten. Patienter ska lättare kunna ta medvetna val av vårdgivare.
- Inför ett lagstadgat krav på en tvåprocentig produktivitetssökning i regionerna. Skattepengarna som pumpas in i välfärden kan användas mycket mer effektivt: det måste bara finnas incitament att göra det. En produktivitetssökning hade sparat sjukvården tiotals miljarder kronor, pengar som kan gå till höjda löner för personal, ny medicinsk teknologi och ökad kapacitet.
- Gör integrerade vårdteam till standard vid samsjuklighet. Permanent etablering av gemensam journalföring, tvärprofessionella team som planerar vården för den enskilde patienten, inklusive en tillräcklig uppföljning efter utskrivning.. Detta har i internationella studier visat sig vara riktigt effektivt för att förbättra behandlingsresultaten för patienter med komplexa vårdbehov.
- Verka för en mer flexibel lönesättning för läkare. Låt ersättningen bli mer resultatbaserad, med hänsyn till antal besök, behandlingsutfall, återinlägningsgrad och patientnöjdhet. De läkare som lägger själ och hjärta i att vårda fler patienter och utföra vården bättre, ska också belönas för det.

REFORMER FÖR ETT NYTT SJUKVÅRDSSYSTEM:

- Ta bort driftansvaret från regionerna. Låt regionerna utforma och sätta ramverk för vården, inte producera den. Driften flyttas till konkurrensutsatta vårdaktörer som får etablera sig och verka fritt, dock reglerat inom ett tydligt ramverk för kvalitetskrav, behandlingsstandarder, ersättningsmodeller och datarapportering. Viktigt här för att inte låta oseriösa aktörer ta sig in på marknaden är en extern part, regelbundet granskar vården med avseende på medicinska resultat, kostnadseffektivitet och patientsäkerhet, med möjlighet till sanktioner, återbetalningskrav eller avstängning vid avvikelser. På så sätt utförs vården på en konkurrensutsatt marknad, där patienten får välja själv och den medicinska professionen ges mer inflytande än idag, men inom ramar för att garantera likvärdig vård för alla.
- Gå från dagens skattebaserade finansieringsmodell till en finansiering baserad på privata sjukförsäkringar. Låt dessa vara obligatoriska för alla medborgare över 18 år. Barn täcks automatiskt av försäkringen utan att behöva betala, och personer som är långtidssjukskrivna eller utanför arbetsmarknaden ska få chans att få sina försäkringskostnader täckta. Sjukförsäkringen ska täcka ett grundläggande basutbud av vård som fastställs nationellt. Låt människor välja försäkringsbolag, premie och självrisk fritt, de två sistnämnda dock med en lagstadgad lägsta nivå för att säkerställa att alla täcker sina sjukvårdskostnader.
- De obligatoriska sjukförsäkringarna tillhandahålls av ett antal privatägda, icke-vinstdrivande sjukförsäkringskassor, som gör upp avtal med etablerade vårdgivare på marknaden. Försäkringskassorna kan konkurrera om kunder med olika försäkringsplaner och utbud av vårdgivare de är anslutna till. För att undvika att patienter med större vårdbehov väljs bort, görs det obligatoriskt att acceptera samtliga kunder. Dessutom fördelas försäkringsintäkterna mellan

bolagen enligt en riskutjämnande formel, med hänsyn till faktorer som ålder, hälsotillstånd och vårdhistorik.

- Verka för att lönesättningen ska kunna förhandlas fram mer fritt och enskilt mellan anställda läkare och sjukhus och andra mottagningar. Avreglera gradvis de kollektivt styrda ersättningsstrukturerna och tillåt individuella avtal för att belöna kompetens, erfarenhet och hög arbetsvilja. Arbetsgivare ges större flexibilitet i bemanning för att underlätta rekrytering till bristspecialiteter och svårbemannade regioner.
- Återinför skolhälsovården, med avsevärt bättre tillgång till skolläkare och skolsköterskor än fallet är idag. För att inte kostnaderna för skolan ska eskalera, låt skolor välja bland auktoriserade skolhälsoaktörer som finansieras via en särskild elevhälsoförsäkring. Vårdgivarna konkurrerar med varandra om kunder, och ersätts via ett riskjusterat system för att garantera likvärdig tillgång i alla skolor oavsett elevsammansättning. Staten fastställer en tydlig nationell kvalitetsstandard, inklusive krav på medicinska kontroller, vaccinationsuppföljning och tidig upptäckt av psykisk ohälsa. Genom att skolor fritt kan byta vårdgivare skapas starka incitament för ständiga förbättringar.

KÄLLFÖRTECKNING

LITTERATUR

Giacobini, Maibritt, Åsa Lundberg Schlyter, och Anna Wiklund. *Barnpsykiatri som gör skillnad: Primamodellen*. Bokförlaget Stolpe, 2025.

Tulchinsky, Theodore H. "Bismarck and the Long Road to Universal Health Coverage". I *Case Studies in Public Health*. Elsevier Press, 2018.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804571-8.00031-7>.

OFFENTLIGT TRYCK

PM 2024:3. Vården ur befolkningens perspektiv. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. <https://www.vardanalys.se/rapporter/varden-ur-befolkningens-perspektiv/>.

PM 2025:3. Utvärdering av satsningen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården: delredovisning. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
<https://www.vardanalys.se/digital-publikation/utvardering-av-satsningen-pa-vardplatser-inom-halso-och-sjukvarden/>.

Rapport 2024:1. Redo för framtiden?. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
<https://www.vardanalys.se/digital-publikation/redo-for-framtiden/>.

RiR 2023:12. I väntan på vård - ineffektiv statlig styrning för kortare köer. Riksrevisionen.
https://www.riksrevisionen.se/download/18.2008b69c18bd0f6ed3f2725c/1686555665911/RiR_2023_12_rapport.pdf.

SFS 1991:1128. Lag om psykiatrisk tvångsvård. Riksdagen.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128/.

RAPPORTER

Boes, Stefan, David Weisstanner, och Béatrice Durvy. *Health Systems in Action: Switzerland*. 2024.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380274/9789289059756-eng.pdf?sequence=1>.

De Pietro, Carlo, Paul Camenzind, Isabelle Sturny, Luca Crivelli, Suzanne Edwards-Garavoglia, Anne Spranger, Friedrich Wittenbecher, och Wilm Quentin. *Switzerland: Health System Review*. 2015. PMID: 26766626.

Häger Glenngård, Anna. Primärvården efter vårdvalsreformen: valfrihet, kvalitet och produktivitet. 2015. <https://www.ifn.se/media/tbcdzs5u/2015-glenng%C3%A5rd-prim%C3%A4rv%C3%A5rden-efter-v%C3%A5rvalsreformen.pdf>.

InfomedHealth.org. Health care in Germany: Learn More – The German healthcare system. 2024. Hämtad från NCBI Bookshelf: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298834/>.

Inspektionen för vård och omsorg. Vård vid psykisk ohälsa - vad klagar vuxna på. 2023. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/iakttagelser-i-korthet/2023/ivo-pan-2023-var-d-vid-psykisk-ohalsa---vad-klagar-unga-vuxna-pa.pdf>

Institute for Quality and Efficiency in Health Care. Health care in Germany: Learn More – The German healthcare system. 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298834/>.

Janlöv, Nils, och Sherry Merkur. Sweden: Health System Summary, 2024. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. 2024. ISBN 9789289059923.

Lundbäck, Mattias. Schweiz sjukvårdssystem - Effektiva lösningar utan central styrning. Ratio. NR 4 Ratioakademiens sjukvårdsprojekt. 2022. <https://cms.ratio.se/app/uploads/2022/01/sjukvarden-%E2%80%93-4-%E2%80%93-schweiz-web.pdf>.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård - En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring (2012: 5). 2012. <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2012/12/Rapport-2012-5-Patientcentrering-i-svensk-h%C3%A4lsa-och-sjukv%C3%A5rd.pdf>.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Vem har vårdvalet gynnat? Rapport 2013:1. 2013. <https://www.vardanalys.se/rapporter/vem-har-var-dvalet-gynnat/>.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – International Health Policy Survey (IHP) 2022. Rapport 2023:1. 2023. <https://www.vardanalys.se/digital-publication/varden-ur-primarvardslakarnas-perspektiv/>.

Nederlandse Zorgautoriteit. An Optimal remuneration system for General Practitioners. Research Paper Series nr 4. 2007. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_2271_22/1/.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Sverige: Landsprofil – Hälsa och hälso- och sjukvård 2023. 2023.
https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_se_swedish.pdf.

Rehnberg, Clas. Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv. 2019.
https://eso.expertgrupp.se/rapporter/2019_8_vem_vardar_bast/.

Svenskt Näringsliv. Reformen för en tillgänglig, effektiv och innovativ hälso- och sjukvård. 2023.
https://www.svensktnaringsliv.se/bilder_och_dokument/rapporter/qijiek_rapport_halso_och_sjukvard_webbpdf_1204885.html/Rapport_Halso_och_sjukvard_webb.pdf.

Wahrolén, Hannes. Privata sjukvårdsförsäkringar för alla - det nederländska exemplet. Timbro, 2025.
<https://timbro.se/app/uploads/2025/01/privatasjukvardsforsakringarforalla.pdf>.

WHO. Framework on integrated, people-centred health services. 2016.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf.

WHO. Health Systems in Action (HSiA) Insights: Switzerland. 2024.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380274/9789289059756-eng.pdf?sequence=1>.

UPPSATSER OCH AVHANDLINGAR

Aggestam, Sofie, Jonatan Aronsson, Nicole Ascard, Emelie Fredrikson, Christopher Lenning, och Erik Rosell-Ågård. "En studie för att korta kötiderna på barn-och ungdomspsykiatri med läkarresursen i fokus". Kandidatuppsats, Chalmers Tekniska Högskola, 2017.
<https://publications.lib.chalmers.se/records/fulltext/251904/251904.pdf>.

Joelsson, Britta, och Linnéa Johansson. "Samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri -Två sidor av samma mynt." Examensarbete, Högskolan Väst, 2018. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2%3A1222542/FULLTEXT01.pdf>.

Wilkens, Jens. "Primary care in transition: Evaluating health system effects of emerging digital primary care services in Sweden". Doktorsavhandling, Lunds

universitet, 2024. https://portal.research.lu.se/files/187803332/Jens_Wilkens_-_Primary_care_in_transition.pdf.

HEMSIDOR OCH ARTIKLAR

1177. "Lagen om psykiatrisk tvångsvård". 16 augusti 2025. <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/lagar-i-varden/lagen-om-psykiatrisk-tvangsvard/>.

1177. "Vårdgaranti". 31 juli 2025. <https://www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/vardgaranti/>.

The Commonwealth Fund. "Denmark: International Health Care System Profiles". 5 juni 2020. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark>.

The Commonwealth Fund, "Germany: International Health Care Profile". 5 juni 2020. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany>

The Commonwealth Fund. "Netherlands: International Health Care System Profiles". 5 juni 2020. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>.

Diskrimineringsombudsmannen. "Hälso- och sjukvård samt socialtjänst". 13 juni 2024. <https://www.do.se/jobbet-skolan-samhallet/diskriminering-inom-fler-samhallsomraden/diskriminering-inom-halsovard-sjukvard-socialtjanst>.

Ekman Wretlind, Sophie, Maria Unenge Hallerbäck, och Filippa Mannerheim. "Skolhälsovården måste återinföras i svensk skola". Göteborgsposten, 4 mars 2025. <https://www.gp.se/debatt/skolhalsovarden-maste-aterinforas-i-svensk-skola.79ade47d-44b4-4190-978d-a78afd63620f>.

Ekonomifakta. "Marginalskatt - Internationellt". 25 juni 2025. https://www.ekonomifakta.se/sakomraden/skatt/skatt-pa-arbete/marginalskatt-internationellt_1231249.html.

Euro Health Observatory (WHO). "Sources of revenue and financial flows". 15 september 2025. <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/section-detail/netherlands->

[2016/financing/sources-of-revenue-and-financial-flows/](#).

Eurostat. "Health Care expenditure by financing scheme". Hämtat 20 augusti 2025, https://doi.org/10.2908/HLTH_SHA11_HF.

Government of the Netherlands. "Applying for healthcare benefit". 27 juni 2025. <https://www.government.nl/topics/health-insurance/applying-for-healthcare-benefit>.

Lanryd, Lovisa. "Vi borde ha det som i Nederländerna". Smedjan, 4 februari 2025. <https://timbro.se/smedjan/vi-borde-ha-det-som-i-nederlanderna/>.

Nationell Patientenkät (SKR). "Resultat". 20 oktober 2025. <https://resultat.patientenkät.se/>.

Nationell Patientenkät (SKR). "Sju av tio upplever den psykiatriska vården som bra". 30 september 2024. <https://patientenkät.se/nationellpatientenkät/aktuellt/aktuelltinomnationellpatientenkät/sjuavtioupplerverdenpsykiatriskavardensombra.84309.html>.

News Service Bund. "Bevölkerung der Schweiz ist mehrheitlich zufrieden mit der Gesundheitsversorgung". 2023. <https://www.news.admin.ch/de/nsb?id=99203>.

Novus. "Viktigaste politiska frågan april 2025". 1 maj 2025. <https://novus.se/valjarforstaelse-arkiv/2025-04-viktigaste-politiska-fragan/>.

OECD. "Health spending". 4 augusti 2025. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html>.

Pharmazeutische Zeitung. "Gesundheitsystem: Bedingt vertrauenswürdig". 26 juni 2025. <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/gesundheitsystem-bedingt-vertrauenswuerdig-156963/>.

PwC. "Healthcare-Barometer 2025". 15 juli 2025. <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/healthcare-barometer.html>.

Regeringen. "Satsning på ökad tillgänglighet till BUP i överenskommelsen mellan staten och SKR för 2024". 12 januari 2024. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/01/satsning-pa-okad-tillganglighet-till-bup-i-overenskommelsen-mellan-staten-och-skr-for-2024/>.

Riddarsparre, Isac. "Köerna driver ojämlikheten i sjukvården". 11 januari 2021. <https://timbro.se/smedjan/koerna-driver-ojamlikheten-i-sjukvarden/>.

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa. "Hör du ropen från tvångsvården?". Hämtat 20 juli 2025. <https://www.rsmh.se/kampanj/tvangsvard/>.

SKR. "Barn och ungdomspsykiatri - BUP". 5 juli 2025. <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/barnochungdomspsykiatribup.54393.html>.

SKR. "Om vårdgaranti". 5 mars 2025. <https://skr.se/vantetiderivarden/omvantetider/omvardgaranti.43558.html>.

SKR. "Utökad uppföljning av specialiserad vård. Hämtad 5 juli 2025. <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/utokaduppfoljningavspecialiseradvard.43536.html>.

Socialstyrelsen. "Tillgodosett vårdbehov, patientrapporterat, primärvård". 15 augusti 2025. https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/G017_Tillgodosett_vardbehov/.

Statistics Netherlands. "Spending on health care up by 8.1 percent in 2024". 27 maj 2025. <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2025/22/spending-on-health-care-up-by-8-1-percent-in-2024>.

Svenskt Näringsliv. "Dansk sjukvård ett föredöme för Sverige". 11 september 2023. <https://www.svensktnaringsliv.se/sakomraden/arbetsmarknadspolitik/dansk-sjukvard-ett-foredome-for-sverige-1202542.html>.

SVT Nyheter. "32 patienter tog livet av sig i brist på läkarvård inom psykiatri". 27 januari 2025. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/patienter-tar-livet-av-sig-i-brist-pa-lakarvard-inom-psykiatri>.

SVT Nyheter. "Ivos analys: långa väntetider hos BUP får alvarliga konsekvenser: 'Vardagen blir svår att hantera'". 21 juni 2022, <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/vasternorrland/ivo-s-analys-langa-vantetider-hos-bup-far-allvarliga-konsekvenser-vardagen-blir-svar-att-hantera>.

UNECE. "Universal health coverage (UHC) service coverage, Index". Hämtad 20 juli 2025. <https://w3.unece.org/sdg/en/Indicator?id=192&>.

Uppdrag psykisk hälsa. "Psykiatrin i siffror". 16 augusti 2025. <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/psykiatrin-i-siffror/>.

Uppdrag psykisk hälsa. "Psykiatrin i siffror - Vuxenpsykiatrin 2024". 27 maj 2025. https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2025/06/Psykiatrin_i_siffror_VUP_2024_tillganglighetsanpassad.pdf.

Vereinte Dienstleistungs-gewerkschaft. "Die Krankenhausreform – was ändert sich?". 14 januari 2025. <https://www.verdi.de/themen/gesundheit/++co++7445b5ba-8213-11ee-9886-4fd19630906e>.

Vården i siffror. "Hälsa- och sjukvårdsrapporten 2023 - lägesbild". 5 augusti 2025. <https://vardenisiffror.se/Rapport/halso-och-sjukvardsrapporten-2023-lagesbild-utkastutkast>.

Vårdföretagarna. "Månadens vårdkörreport: väntetiderna inom vuxenpsykiatrin ökar högre idag än 2023 och 2022". 5 september 2024. <https://www.vardforetagarna.se/2024/09/manadens-vardkorreport-vantetiderna-inom-vuxenpsykiatrin-okar-hogre-idag-an-2023-och-2022/>.

Vårdföretagarna. "Stort inflöde och långa väntetider inom barn och ungdomspsykiatrin (BUP)". 2024. <https://www.vardforetagarna.se/app/uploads/sites/3/2024/06/BUP-jun24.pdf>.

Vårdföretagarna. "Väntetider längre än vårdgarantin inom den planerade specialistvården". 30 augusti 2025. <https://www.vardforetagarna.se/app/uploads/sites/3/2025/09/Rapport-vantetider-planerad-specialistvard-augusti-2025.pdf>.

WHO. "Universal health coverage (UHC) service coverage index". 8 januari 2024. <https://data.who.int/indicators/i/3805B1E/9A706FD>.

Zorginstituut Nederland. "Verzekerde zorg - Eigen risico". 13 september 2025. <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/e/eigen-risico-zvw>.

Zorgwijzer. "Healthcare in the Netherlands". 13 augusti 2025. <https://www.zorgwijzer.nl/faq/healthcare-netherlands>.

VETENSKAPLIGA ARTIKLAR

Archer, Janine, Peter Bower, Simon Gilbody, Karina Lovell, David Richards, Linda Gask, Chris Dickens, och Peter Coventry. "Collaborative care for depression and anxiety problems". Cochrane Database of Systematic Reviews 363, 10 (30 december 2012): 2611-2620. <https://www.nationalelfservice.net/cms/wp-content/uploads/2012/10/CD006525.pdf>.

Barnett, Karen, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, och Bruce Guthrie. "Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study", The Lancet 380, 9836 (7 juli 2012): 37–43, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2).

Benstetter, Franz, och Achim Wambach. "The treadmill effect in a fixed budget system". Journal of Health Economics 25, 1 (januari 2006): 146–169. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2005.04.004>.

Katon J., Wayne, Elizabeth H.B. Lin, Michael Von Korff, Paul Ciechanowski, Evette J. Ludman, Bessie Young, Do Peterson, Carolyn M. Rutter, Mary McGregor, och David McCulloch. "Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses", New England Journal of Medicine 363, 27 (30 december 2010):2611–2620. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1003955>.

Luque Ramos, Andres, Falk Hoffmann, och Ove Spreckelsen. "Väntetider inom primärvården beroende på försäkringssystem i Tyskland". BMC Health Services Research 18, 191 (20 mars 2018): 1, <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3000-6>.

Remund, A., S. Cullati, S. Sieber, C. Burton-Jeangros, och M. Oris. "Longer and healthier lives for all? Successes and failures of a universal consumer-driven healthcare system, Switzerland, 1990–2014". International Journal of Public Health 64, (31 augusti 2019): 1173–1181. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01290-5>.

Schusselé Filliettaz, Séverine, Peter Berchtold, Dimitri Kohler, och Isabelle Peytremann-Bridevaux. "Integrated care in Switzerland: Results from the first nationwide survey". Health Policy 122, 6 (juni 2018): 568-576. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.006>.

Shields, Morgan C, Mara A G Hollander, Alisa B Busch, Zohra Kantawala, och Meredith B Rosenthal. "Patient-centered inpatient psychiatry is associated with outcomes, ownership, and national quality measures". Health Affairs Scholar 1, 1 (20 juni 2023): 1–8. <https://doi.org/10.1093/haschl/qxad017>.

Smith M., Susan, Emma Wallace, Barbara Clyne, Fiona Boland, and Martin Fortin. "Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings", *Cochrane Database of Systematic Reviews* 10, 271 (20 oktober 2021). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01817-z>.

Taloyan m.fl., "Physical-mental multimorbidity in a large primary health care population in Stockholm County, Sweden", *Asian Journal of Psychiatry* 79, 103354 (jan 2023), <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103354>.

muf