NR 23

Privata sjukvårds-försäkringar och arbetsmarknaden

MÅRTEN BLIX

RATIO

NR 23 | MÅRTEN BLIX

Privata sjukvårdsförsäkringar och arbetsmarknaden

RATIO

Mårten Blix Forskare vid Ratio. Personlig websida: www.martenblix.com.
Jag är tacksam för kommentarer från Amanda Dahlstrand, Eva Erlandsson, Roger Molin, Anders Morin, Kristina Ström Olsson, Annika Sunden, samt en anonym referee men är ensam ansvarig för allt innehåll och slutsatser. Särskilt tack till Dante Ljung för forskningsassistans. Jag är tacksam för finansiering från Amphionstiftelsen. Epost: marten.blix@ratio.se.

Rapport nr 23 – Privata sjukvårdsförsäkringar och arbetsmarknaden
© Författaren och Ratio 2022
Omslag & sättning: Magnus Frederiksen *Glafisk*
Tryck: Publit
ISBN: 978-91-8059-229-1

RATIO

Ratio är ett fristående forskningsinstitut
som forskar om hur företagandets villkor
kan utvecklas och förbättras.

Mer information finns på ratio.se

Innehåll

Sammanfattning 5

1. Inledning 8
2. Privata sjukvårdsförsäkringar ur ett systemperspektiv 12
   a) Varför finns det privata alternativ i svensk sjukvård? 12
   b) Företagens kostnader och sjukskrivningarna 17
   c) Omfattningen av privata sjukvårdsförsäkringar jämfört med sjukvården 29
   d) Vilka tecknar privat sjukvårdsförsäkring? 31
   e) Viljan att betala skatt och välfärdsstatens legitimitet 34
3. Samhällsekonomiska effekter 38
   a) Kvasimarknader och privat utförd men offentligt finansierad sjukvård 39
   b) Marknadsmisslyckanden och ojämlik sjukvård? 42
4. Vad vet vi om effekter av privat vård i Sverige? 47
   a) Empiriska studier om privatisering av sjukvård 47
   b) Innovationer som kan bidra till att avlasta sjukvården 48
5. Undanträngning 53
   a) Undanträngning för den enskilde? 53
   b) Undanträngning på systemnivå? 57
   c) Effekten av offentligt finansierad sjukvård av privata vårdgivare 63
   d) Variationen i vårdgarantins måluppfyllelse för områden som ingår försäkringarna beror på faktorer orelaterade till försäkringarna. 72
6. Sammanfattning och slutsatser 77

Referenser 80

Sammanfattning

Under 1999–2021 ökade antalet privata sjukvårdsförsäkringarna tiofaldigt, från cirka 67 000 till 723 000. Trots denna expansion utgör de privata sjukvårdsförsäkringarna enbart cirka en procent av de totala utgifterna för sjukvården i Sverige. Den kraftiga ökningen har inte skett i ett policyvakuum. En kombination av tre faktorer har varit särskilt påskyndande:

- En kraftig ökning av sjukskrivningar under 1990-talskrisen, underblåst av ett generöst transfereringssystem;
- Att arbetsgivare efter 1992 blev ålagda att betala sjuklön;
- Ihållande vårdköer till specialistsjukvården, i såväl dåtid som nutid.

För arbetsgivare har sjukvårdsförsäkringarna mildrat riskerna. Det handlar dels om *direkta* effekter, dels om *indirekta* effekter. Försäkringarna kan minska den direkta risken för kostnader från sjukfrånvaro samt underlättar för de anställda att snabbare återgå till arbetet efter en sjukdom. De indirekta konsekvenserna av sjukfrånvaro kan i vissa fall vara mer långtgående än de direkta kostnaderna genom exempelvis produktionsbortfall eller förseningar. Slimmade produktionskedjor kan vara känsliga även för små störningar. Sjukvårdsförsäkringarna minskar riskerna för företagen, inte minst konsekvenserna av att nyckelpersonal är frånvarande. Att inte längre kunna avvärja den risken skulle kunna innebära en försämring för Sveriges konkurrenskraft gentemot omvärlden.

Vilka tecknar privata sjukvårdsförsäkringar? Under 2021 var cirka 60 procent arbetsgivarbetalda, 30 procent via gruppförsäkringar och 10 procent individuella. Av gruppförsäkringarna är fackföreningsmedlemmar en stor grupp. Ungefär 65 procent av TCO-medlemmarna och knappt 80 procent av Saco-medlemmarna har möjlighet att teckna en privat sjukvårdsförsäkring. Totalt erbjuds 1,6 miljoner Saco- och TCO medlemmar att teckna en privat sjukvårdsförsäkring, dock ej LO-medlemmar.

Ibland kritiseras sjukvårdsförsäkringarna för att skapa en gräddfil i sjukvården. Det finns evidens för att enskilda försäkringstagare får snabbare vård, men i diskursen saknas det en analys av system- och samhällsekonomiska effekter. Vad skulle exempelvis hända i ett extremfall där alla försäkringspatienter (genom tvång eller konfiskation) fördes över till den skattefinansierade sjukvården? Troligen skulle sjukvårdsköerna i så fall bli längre för *samtliga* (en s.k. Paretoförsämring). Det är inget nytt att den skattefinansierade vården har långa köer och svårigheter att uppnå uppsatta mål. Dessutom uppvisar regionerna såväl långa vårdköer som kraftiga variationer i graden av måluppfyllelse.

För privata sjukvårdsförsäkringar sker i stort sett alltid ett första möte med en specialist inom 7 dagar, vilket kan kontrasteras med 90-dagars garantin för offentligt finansierad sjukvård. Ögonsjukvård ingår i vissa privata sjukvårdsförsäkringar och utgör ett illustrativt exempel på väntetider i den offentliga sjukvården. Medianväntetiden för ett första möte med en specialist är 48 dagar under 2020–21, med som lägst 15 dagar i Region Stockholm och som mest 95 dagar i Region Värmland. På ett övergripande plan finns inget samband mellan andelen privata sjukvårdsförsäkringar och vårdköer i den offentliga finansierade sjukvården.

Slutligen presenteras beräkningar som visar att drygt 50 procent av befolkningen tillhör en region där vårdköerna är relativt korta samtidigt som andelen personer med privata sjukvårdsförsäkringar är jämförelsevis hög. En rimlig slutsats är att vårdköerna i den offentligt finansierad vården beror på helt andra faktorer, däribland organisatorisk effektivitet, tillgången till läkare och hur resurserna används.

1. Inledning

> *”Det finns vidare tillgänglighetsproblem vid sjukhusen med tidvis överbelastade och överbelagda kliniker, främst inom internmedicinen… Överbelastningen beror i hög grad på att primärvården i landsting och kommuner inte i tillräcklig grad förmår möta patienternas vårdbehov.”*

Regeringens proposition 1999/2000:149, s.10.

Ibland ställs den lite tillspetsade frågan om privata sjukvårdsförsäkringar innebär en form av gräddfil i den svenska sjukvården. Det finns en viss logik i hypotesen. Om det går snabbare för någon måste det väl gå långsammare för någon annan?

Verkligheten är dock mer komplex. Det som ibland förekommer på individnivå kan inte enkelt summeras till systemeffekter för hela sjukvården. Privata sjukvårdsförsäkringar täcker knappt 1 procent av operationer inom specialistsjukvården och innefattar därmed en liten del av helheten. Rent mekaniskt borde det därför vara svårt att finna stora direkta effekter på offentligt finansierade patienter. Fokus borde i stället vara på att undersöka om det finns positiva- eller negativa systemeffekter på sjukvården.

Betänkande av *Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar* (SOU 2021:80) pekar på viktiga kunskapsbitar som saknas kring privat sjukvårdsförsäkringar. Det gäller bland annat tillgång till

data och register över hur vården finansieras. Utredningen är dock huvudsakligen juridisk i sin ansats. Den behandlar inte samspelet mellan försäkringar och den övriga skattefinansierade sjukvården. Mer konkret saknas en genomgång av de samhällsekonomiska effekterna för arbetsmarknaden och de potentiella effekterna för vårdköerna i förhållande till den offentliga vårdgarantin. En annan viktig del som ligger utanför utredningens gebit är hur innovationer från privat sektor har stärkt sjukvården, inte minst vad gäller möjligheterna att bättre utnyttja digitaliseringen.

Svensk sjukvård har lidit av köer i flera årtionden. Att det finnas köer är i och för sig en egenskap som är gemensam med flera skattefinansierade system. Efterfrågan på sjukvård stark och den tenderar att växa med ökat välstånd. I ett skattefinansierat system krävs det därför någon form av ransonering och sorteringsmekanism för att kunna uppfylla lagens krav om vård efter behov. Frågan för Sverige är dock om köerna inte borde vara *kortare* givet de omfattande resurser som används.

Det fanns vårdköer i Sverige långt innan privata sjukvårdsförsäkringar var något annat än ett randfenomen. I själva verket talar mycket för att sjukvårdsförsäkringarna i Sverige delvis har tillkommit *på grund av* problem med långa köer och bristande tillgänglighet i den svenska sjukvården. Ett motiv för arbetsgivare att teckna privata sjukvårdsförsäkringar torde vara de kraftigt ökade problemen med sjukskrivningar som accelererade från början av 1990-talet då Sverige upplevde en av sina djupaste kriser i modern tid. Reformer på 2000-talet stärkte arbetslinjen och skärpte kraven för att kunna bli sjukskriven. Inte desto mindre kvarstår för arbetsgivare kostnader i termer av krav på att betala sjuklön samt risker för produktionsbortfall. Dessa direkta kostnader tillsammans med vårdköer i den offentliga vården gör att privata vårdförsäkringar mildrar risker för företagen och

utgör en viss vaccination mot sänkt konkurrenskraft jämfört med Sveriges handelspartners.

I forskningslitteraturen diskuteras de teoretiska problem som finns med så kallade *kvasimarknader* och sjukvårdsförsäkringar, men *ytterst* är frågan praktisk och empirisk. Policyfrågan är om privata sjukvårdsförsäkringar stärker helheten i hälso- och sjukvården eller om den leder till undanträngning av offentligt finansierade patienter? Eller lite tillspetsat, skulle sjukvården fungera bättre eller köerna vara kortare i Sverige utan privata sjukvårdsförsäkringar?

> *Lite tillspetsat är policyfrågan om hälso- och sjukvården skulle fungera bättre utan privata sjukvårdsförsäkringar. Skulle väntetiderna bli kortare? Hur påverkas i så fall arbetsmarknaden och Sveriges konkurrenskraft?*

En annan central fråga är hur arbetsmarknadens behov tillgodoses. Sverige har länge varit ett av de mest öppna länderna i världen och vår samlade export och import som andel av BNP har vuxit under många år. Landet är i allra högsta grad beroende av att vara konkurrenskraftigt, något som försvåras om exempelvis nyckelpersonal är sjukskriven i väntan på vård. För företag är det såväl de direkta kostnaderna genom sjuklöneansvaret som de indirekta kostnaderna av att arbetsuppgifter inte blir utförda – eller blir sämre utförda.

Fokus i den här rapporten är på de samhällsekonomiska effekterna av sjukvårdsförsäkringar – hur de påverkar hälso- och sjukvården samt kopplingar till arbetsmarknaden. Jag avgränsar studien till följande tre frågeställningar:

- Hur har ändrade transfereringssystem påverkat företagens sjuklönekostnader och risker med arbetsfrånvaro?
- Finns det någon evidens att privata sjukvårdspatienter skapar längre vårdköer för offentligt finansierade patienter?
- Bidrar privata vårdgivare till ökad innovationsförmåga genom arbetsmetoder och användandet av ny teknologi?

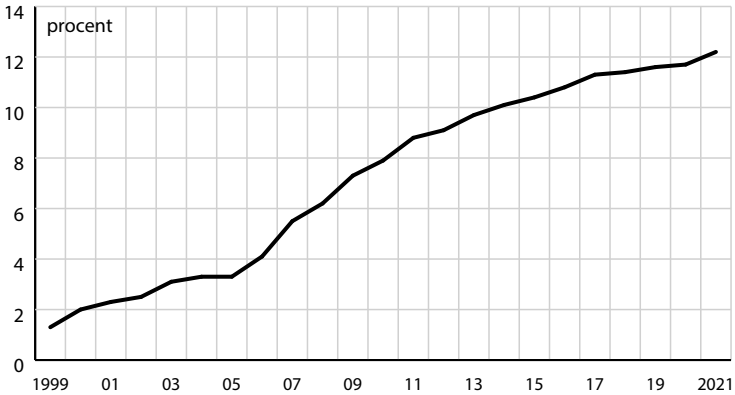
Ansatsen utgår från evidens och inte från hypotetiska effekter från modeller. Rapporten är disponerad enligt följande. Jag inleder med ett systemperspektiv på sjukvården som inkluderar förekomsten av offentligt finansierad vård utförd av privata vårdgivare. Jag diskuterar även företagens kostnader för sjukskrivningar och hur dessa påverkar verksamheterna och konkurrenskraften. Vilka som tecknar sjukvårdsförsäkringar och viljan att betala skatt är även de viktiga ingredienser i ett helhetsperspektiv. I avsnitt 3 fokuserar jag på samhällsekonomiska effekter av privatisering och samverkan med offentlig sjukvård utifrån ett teoretiskt perspektiv. I avsnitt 4 diskuterar jag empiriska studier av offentligt finansierad vård utförd av privata vårdgivare och den forskning som har publicerats sedan valfrihetsreformen (LOV). I avsnitt 5 beskriver jag väntetider till specialistsjukvården och relaterar till de privata sjukvårdsförsäkringarna. Det sista avsnittet sammanfattar några slutsatser.

2. Privata sjukvårdsförsäkringar ur ett systemperspektiv

a) Varför finns det privata alternativ i svensk sjukvård?

Det är sällan en god idé att försöka ta betalt för en tjänst som är kostnadsfri. Ändå har privata sjukvårdsförsäkringar ökat stadigt sedan 1990-talet, se Diagram 1. År 1999 fanns cirka 67 000 privata sjukvårdsförsäkringar, eller cirka 1,3 procent av befolkningen i åldern 20–64 år. Drygt två decennier senare är antalet försäkringar drygt tio gånger större. Varför skapades försäkringarna? Och varför har de ökat i popularitet?

Diagram 1: **Privata sjukvårdsförsäkringar som andel av befolkningen 20–64 år.**



Källor: Svensk Försäkring och SCB.

Frågan är relaterad till en mer fundamental fråga – varför finns det offentligt finansierad vård utförd av privata vårdgivare? Innan valfrihetsreformerna infördes i välfärden under 1990-talet var de privata alternativen ytterst begränsade (Blix och Jordahl 2021).

För enkelhetens skull kommer jag att använda följande uttryck för att beskriva olika former av sjukvård och dess finansiering i Sverige:

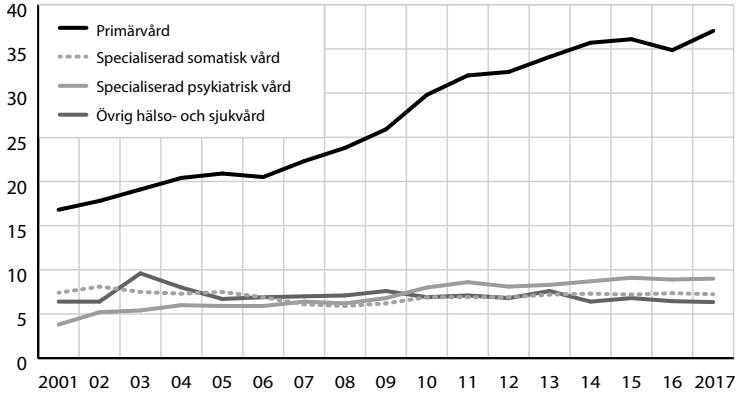
- Offentligt finansierad- och utförd sjukvård;
- Offentligt finansierad vård utförd av *privata* vårdgivare;
- Privat finansierad sjukvård, via försäkringar eller direkt ur egen ficka.

Det är viktigt att utvärdera sjukvården som helhet som hur dessa former av vård påverkar det samlade utfallet i termer av kvalitet och tillgänglighet.

Som framgår av Diagram 2 (s. 14)har offentligt finansierad vård utförd av privata vårdgivare ökat under många år, främst inom primärvården, men till viss del även inom specialistsjukvården.

Det är värt att notera att ökningen i privata sjukvårdsförsäkringar (Diagram 1) har skett ungefär samtidigt som offentligt finansierad vård utförd av privata vårdgivare har ökat (Diagram 2). Ett syfte med reformer för ökad valfrihet var att skapa bättre förutsättningar för vårdföretag att etablera sig och därmed stärka tillgängligheten i sjukvården (Blix och Jordahl 2021). I Tabell 1 redovisas några viktiga händelser för utvecklingen mot ökad andel privat sjukvård finansierad med offentliga medel. Ett tidigt exempel var Cityakuten 1983 dit även offentligt finansierade patienter kunde söka vård. Under 1990-talet gjordes ett försök att införa en familjeläkarreform men den hann aldrig riktig prövas innan den avskaffades.

Diagram 2: Privata produktionsandelar i sjukvården 2001–2017.



Källor: SCB.

Tabell 1. Urval av händelser relaterat till relationen mellan privat och offentlig sjukvård.

Händelse	Beskrivning	År
Sjukronorsreformen	Läkare på sjukhus blev offentligt anställda. Införde en harmoniserad låg avgift för besöken (7-kronor), vilket underlättade tillgängligheten	1970
Cityakuten	Första vinstdrivande sjukhuset	1983
Familjeläkare	En kortvarig reform som aldrig riktigt genomfördes	1994–95
St. Görans sjukhus	Privatisering av Sveriges första, och hittills enda, akutsjukhus	2000
Stopplagarna	Propositioner som tillfälligt förbjöd privatisering av sjukhus	2000 samt 2004
Lagen om valfrihetssystem	Införde valfrihet i sjukvården som ger vårdgivare rätt att etablera sig	2010
Nya Karolinska	Ett försök att använda offentlig-privat finansiering (PPP) till att bygga ett högspecialiserat sjukhus i Stockholm, dock med höga kostnader och ett anbudsförfarande utan ordentlig konkurrens.	2010

Källa: Blix och Jordahl (2021, s. 67–69).

Det finns några aspekter av svensk sjukvård som hamnar bland de bättre vid internationella jämförelser. Exempelvis att kvalitén och medellivslängden är hög (OECD och WHO 2019). Men svensk sjukvård har under årtionden haft problem med låg tillgänglighet, det vill säga långa köer och låg produktivitet. De reformer som infördes från 1990 och framåt genomfördes mot bakgrund av detta. Exempelvis konstaterades kring millennieskiftet:

> ”*Det mest synliga och därmed mest diskuterade tillgänglighetsproblemet är långa väntetider och köer till planerade operationer. Den längsta kön till en enskild behandling finns för operation vid grå starr… år 1998. Den genomsnittliga faktiska väntetiden, från beslut om behandling till operation, var då nära sju månader. Kön hade fördubblats sedan år 1992, alltså en påtaglig försämring.*”
>
> *Prop.* (1999/2000:149, s. 9).

Köer uppstår när produktionen inte håller jämna steg med vårdefterfrågan. Orsakerna kan vara flera. I vissa länder är resurserna otillräckliga. I Sverige finns det stora skillnader mellan regioner som svårligen kan förklaras på något annat sätt än att produktiviteten är låg, dvs. att produktionen per arbetad timme är låg. En av slutsatserna i en rapport till Expertstudier i Offentlig Ekonomi som jämför Sverige med liknande sjukvårdssystem var att:

> ”*…den svenska utvecklingen på problem när det gäller relationen mellan resursinsatser och aktivitet inom svensk sjukvård, inklusive sjukhusen… En rimlig tolkning av befintlig statistik är att skattebaserade system har större problem med väntetider än social försäkringsländer.*”
>
> *Rehnberg* (2019:8, s.12)

Låg produktivitet kan i sin tur bero på en samverkan mellan flera faktorer, däribland organisation, ledning och styrning, ersättningsmodeller samt hur tekniken används. Jämfört med andra OECD länder finns det områden där Sverige är bland de tio bästa, se Tabell 2. Det gäller dock ett begränsat antal områden för vilka det finns jämförbara data.

***Tabell 2*. Sveriges ranking för olika specialistoperationer jämfört med OECD länder..**

Område	Gråstarr	Höftled	Knä	Hysterektomi	Prostata	Hjärta: bypass
Sveriges rank	4	5	6	3	9	4

Källa: OECD (2020). Anm. Det är inte alla OECD länder som ingår. Urvalet är gjort av OECD och varierar mellan 14–16 länder.

Överlag finns det stora skillnader i väntetider för specialistsjukvården i OECD länder. Sverige har ungefär dubbelt så många patienter under 2016 som väntar längre än en månad för behandling av en specialist än Holland, Schweiz och Tyskland (OECD 2020, s.16). Köerna i Sverige är alltjämt ett inbyggt systemfel (Ingerö 2018) och offentligt finansierad vård utförd av privata vårdgivare förekommer främst i primärvården medan den inom specialistvården, med några få undantag, är ganska låg.

Svårigheter att leva upp till medborgarnas förväntningar och köer skapade drivkrafter för valfrihetsreformerna

För att förstå utvecklingen behöver vi tillföra ytterligare dimensioner – arbetsgivarens intresse av att ha friska medarbetare samt kostnader förknippad med sjukfrånvaro.

b) Företagens kostnader och sjukskrivningarna

För företagen innebär en arbetares sjukfrånvaro dels en *direkt* kostnad, dels en *indirekt* kostnad när en arbetsinsats försenas eller blir sämre utförd. Om det handlar om en nyckelperson i ett mindre företag kan de indirekta effekterna av frånvaron vara mer långtgående än de mätbara direkta sjuklönekostnaderna.

Att enbart betrakta ett nutidsperspektiv på sjuklönekostnaderna räcker inte för att förstå de mekanismer som verkar på arbetsmarknaden.

Historiskt perspektiv och tillkomsten av privata sjukvårdsförsäkringar

Under 1970- och 80-talen var arbetslösheten i Sverige låg. Ökade välfärdsambitioner drev fram en kraftig expansion av den offentlig sektorn. Samtidigt kom den offentliga sektorn att i viss mån agera som så kallad *employer of last resort* (Lindbeck 1997, s. 1280; Söderström och Viotti 1979). I efterdyningarna av 1990-talskrisen utsattes den svenska ekonomin för hård press och välfärdsstatens framtid var oviss. Arbetslösheten steg till rekordnivåer. Inom transfereringssystemen, som hade utvecklats under en tid av låg arbetslöshet, skenade kostnaderna. Det som inte var ett problem i en tid av 2 procents arbetslöshet blev ett växande utgiftstryck när arbetslösheten steg till 10 procent under 1990-talet (Blix 2018, s. 31). BNP föll med 4 procent under 1990–93 och mer än en halv miljon arbeten försvann.

Den skenande sjukfrånvaron blev ett växande problem för företag och för staten, dels genom direkta kostnader, dels genom att de sjukskrivna förlorade humankapital och blev allt mindre anställningsbara. Efter 1995 skedde ett skifte där många arbetslösa i stället var långtidssjukskrivna eller förtidspensionerade. Sverige

var länge det enda landet i världen som i princip saknade en bortre gräns för hur länge sjukskrivningar kunde pågå (OECD 2009, s.16). Kombinationen av en efterfråge- och förtroendekris med generösa transfereringssystem bidrog till en omfattning av sjukfrånvaron som saknade motstycke i vår omvärld.[1] År 2004 nåddes kulmen då cirka en femtedel av alla individer i gruppen 20–64 år var antingen sjuk, under utbildning eller arbetslös.[2] Som högst uppgick sjukfrånvaron per anställd till 10 dagar per år i Sverige, vilket var *fem* gånger högre än OECD genomsnittet (Blix 2018, s. 32).

> *Ersättningsnivåer, som inte var ett problem vid låg arbetslöshet, skapade ett starkt utgiftstryck när arbetslösheten var 10 procent under 1990-talet. Det som i andra länder hade kunnat bli ett arbetslöshetsproblem utvecklades i Sverige till ett sjukskrivningsproblem.*

Det som i andra länder hade kunnat bli ett arbetslöshetsproblem utvecklades i Sverige till ett sjukskrivningsproblem, ibland på basis av diffusa symptom relaterade till psykisk ohälsa.[3] Sjukskrivningar blev inte sällan en återvändsgränd som ledde till sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare kallad förtidspension).

För att få en rättvisande bild av utvecklingen är viktigt att inkludera *all* frånvaro från arbete: arbetslöshet, sjukskrivning, förtidspension och arbetsmarknadspolitiska program. Genom att summera dessa olika orsaker till frånvaro går det ett få en helhetsbild av trycket på transfereringssystemen. Ett sätt att kvantifiera

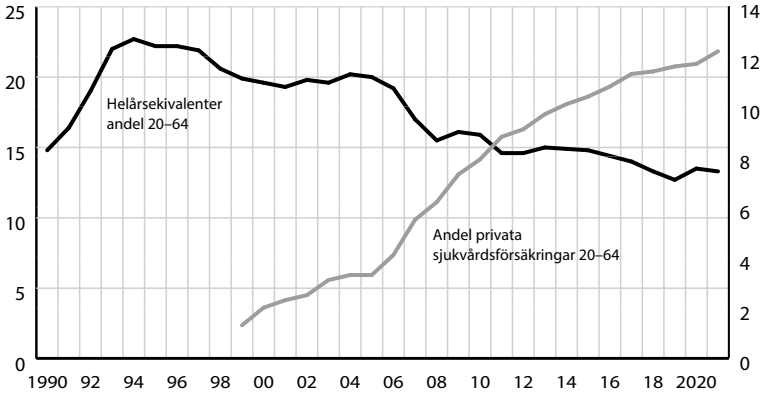
---

1) Norge är ett annat land som också upplevde hög sjukfrånvaro under perioden 1995–2007, men sjukfrånvaron i Sverige var under en period långt över den norska (OECD 2009, s.15)

2) Mätt med så kallade helårsekvivalenter, se vidare avsnitt 2.b.

3) Vissa privata sjukvårdsförsäkringar inkluderar vård mot psykisk ohälsa.

Diagram 3: **Helårekvivalenter och andel privata sjukvårdsförsäkringar 1990–2021.**



Källor: SCB och Svensk Försäkring. Anm. En helårsekvivalent beräknas genom att summera exempelvis en månads sjukskrivning för tolv olika personer.

belastningen är att beräkna så kallade *helårsekvivalenter*, där exempelvis tre månaders sjukskrivning för fyra olika personer utgör en helårsekvivalent, se Diagram 3.

Den höga frånvaron blev en långdragen historia. När sjukfrånvaron ökade steg även kostnaderna i socialförsäkringssystemen.

Regeringen Bildt genomförde 1992 ett paradigmskifte som gav arbetsgivarna ett större ansvar för sjukskrivningarna. Ett motiv till reformen var att minska statens kostnader; ett annat syfte var att skapa incitament till åtgärder på arbetsplatser för att förebygga sjukskrivningar (Hägglund m.fl. 2016; OECD 2009). I konkreta termer flyttades sjuklöneansvaret från Försäkringskassan till arbetsgivaren under de första fjorton dagarnas sjukfrånvaro. Efter den reformen genomfördes många justeringar och förändringar som påverkade företagens kostnader, se Tabell 3. Som jämfö-

relse kan nämnas att under perioden 1968–1991 genomfördes enbart cirka tre åtgärder som påverkade företagens kostnader relaterade till sjukskrivningar.

De många ändringarna i sjuklöneansvaret skapade kostnadsosäkerhet för företagen.

Antalet dagar som arbetsgivarna var ansvariga för sjuklönen kom att bli en återkommande källa till justeringar. Från Tabell 3 framgår att ändrade beslut kring längden på företagens sjuklöneansvar skedde i januari 1997 (28 dagar), april 1998 (14 dagar), juli 2003 (21 dagar) och januari 2005 (14 dagar). Även om det fanns begränsningsregler för företagens totala sjuklönekostnader torde de ofta förekommande regelförändringarna ha skapat en osäkerhet kring företagens totala kostnadsansvaret samt infört ryckighet i planeringsförutsättningar för arbetsgivare.

***Tabell 3.* Urval av regelförändringar som påverkar företagens sjuklönekostnader.**

Tid	Beslut
jan-1992	Arbetsgivare betalar ersättning vid sjukdom till de anställda för de första fjorton dagarna av en sjukperiod (sjuklön). Sjuklönen för de första tre dagarna är 75% av lönen och därefter 90%. Små företag får möjlighet att försäkra sig hos försäkringskassan mot onormalt höga kostnader till följd av hög sjukfrånvaro. Arbetsgivarna ansvarar för att klarlägga den anställdes behov av rehabilitering.
apr-1993	En karensdag införs för sjukpenning och sjuklön. Ett allmänt högriskskydd införs som innebär att en försäkrad kan få högst tio karensdagar under en tolv-månadersperiod.
apr-1993	Införandet av en återinsjuknanderegel om fem dagar som innebär att ny sjukperiod som börjar inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod avslutats skall betraktas som en fortsättning.
apr-1993	En karensdag införs för egenföretagare och inom den frivilliga sjukpenningförsäkringen för de försäkrade som inte väljer en karenstid om 3 eller 30 dagar.
jan-1996	För arbetstagare med risk för särskilt omfattande sjukfrånvaro är sjukpenningen respektive sjuklönen 75% från dag ett.

jan-1997	Sjuklöneperioden förlängs från 14 dagar till 28 dagar
jan-1998	Ersättningsnivån höjs till 80% för sjuklön och flera andra bidrag
jan-1998	Ett utökat högriskskydd införs för sökande som har en sådan sjukdom som medför risk för en eller flera längre sjukperioder under en tolvmånadersperiod.
apr-1998	Sjuklöneperioden sänks från 28 dagar till 14 dagar.
jan-1999	Sjuklön. Arbetsgivare med färre än femtio anställda ska inte längre lämna uppgift till Riksförsäkringsverket om korta sjukfall med sjuklön bland de anställda.
juli-2000	En arbetsgivare kan betala en anställds resor till och från arbete i stället för sjuklön.
juli-2003	Den tid som arbetsgivaren betalar sjuklön förlängs från sjuklön förlängs från 14 dagar till 21 dagar.
jan-2005	Sjuklönperioden sänks från 21 dagar till 14 dagar.
jan-2005	För att skapa starkare ekonomiska drivkrafter för att minska sjukfrånvaron samt uppmuntra till rehabilitering införs en lagen om särskild sjukförsäkringsavgift för arbetsgivare. Beloppet är 15 procent av den hela sjukpenning som betalats ut till anställda hos en arbetsgivare under en kalendermånad.
jan-2005	För att skydda arbetsgivare från alltför höga kostnader till följd av den särskilda sjukförsäkringsavgiften införs vissa avgiftsbegränsningar i form av fribelopp och högkostnadsskydd.
jan-2005	Försäkring mot kostnader för sjuklön öppnas efter att ha varit stängd sedan 1 juli 2003. Samtidigt upphävs nuvarande högkostnadsskydd för mindre arbetsgivare enligt lagen (1991:1047) om sjuklön.
juli-2007	Arbetsgivarens skyldighet att göra rehabiliteringsutredningar upphör.
jan-2010	De som fått sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning i maximal tid erbjuds att delta i en arbetslivsintroduktion via Arbetsförmedlingen.
juli-2010	Den 1 juli 2010 införs ett högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader som omfattar alla arbetsgivare. Högkostnadsskyddet innebär att en arbetsgivare kan få ersättning för sjuklönekostnader om de under ett kalenderår överstiger två och en halv gånger den genomsnittliga årliga sjuklönekostnaden för alla arbetsgivare
jan-2015	Högkostnadsskyddet mot höga sjuklönekostnader för arbetsgivare görs beroende på arbetsgivarens årliga lönekostnader och sjuklönekostnader, men är maximalt 250 000 kronor om året.
jan-2019	Karensdagen med 20% av sjuklönen införs och ersätts av karensavdraget.
mars-2020	Tillfälliga coronaregler: Kravet på läkarintyg för barn som har varit sjukt eller smittat i mer än sju dagar slopas oavsett orsaken till sjukdomen.
mars-2020	Tillfälliga coronaregler: Staten tar tillfälligt hela kostnaden för sjuklöner under april till juli. Under augusti 2020 till och med september 2021 ersätter staten arbetsgivare som får högre sjuklönekostnader till följd av pandemin.

Källa: Försäkringskassan (2021). Anm.: Försäkringskassans beskrivningar har i vissa fall genomgått en enkel redigering i syfte att förenkla och korta ned texten.

Efter 2006 införde alliansregeringen reformer för att uppmuntra till arbete och minska generositeten i transfereringssystemen (Vårpropositionen 2014). De som erhöll maximal tid i sjukersättningen erbjöds arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Reformerna bidrog till att en viss nedgång i helårsekvivalenterna till knappt 15 procent i snitt under 2010-talet, vilket dock alltjämt är en hög nivå. Helårsekvivalenterna fortsatta att sjunka något fram till pandemin 2020.

Varför ökade privata sjukvårdsförsäkringar från 1990-talet?
De mest troliga skälen att privata sjukvårdsförsäkringar ökade från 1990-talet och framåt är en kombination av främst tre faktorer:

- En kraftig ökning av sjukskrivningar under 1990-talskrisen, underblåst av ett generöst transfereringssystem;
- Att arbetsgivare efter 1992 blev ålagda att betala sjuklön;
- Långa vårdköer till specialistsjukvården (i såväl dåtid som nutid).

Det saknas statistik för sjukvårdsförsäkringar från början av 1990-talet, men mycket talar för att ökningarna till en början skedde gradvis. Rimligen tog det flera år tid av anpassning och bedömning av kostnadsläget innan det blev aktuellt för företagen att arbeta med privata sjukvårdsförsäkringar som en del av personalpolitiken. Från ett system där nästan all sjukvårdsproduktion skedde i offentlig sektor kan det inte ha varit självklart att upphandla privata sjukvårdsförsäkringar för personalen. Det är även troligt att det tog tid för de privata försäkringsbolagen att bygga ut infrastruktur, utforma avtal och prissätta de privata sjukvårdsförsäkringarna. Vad skulle ingå och till vilket pris? Hur skulle kostnaderna för åtagandena kunna uppskattas innan det fanns utfallsdata?

Varför fortsatte sjukvårdsförsäkringarna att öka trots sjunkande sjuktal?

Under perioden 1999–05 ökade antalet privata sjukvårdsförsäkringar från cirka 67 000 till 177 000, vilket är mer än en fördubbling. Antalet helårsekvivalenter i arbetsfrånvaro börjar dock gradvis att *minska* från 2005 och framåt (se Diagram 3), men sjukvårdsförsäkringarna fortsatte ändå att öka. År 2021 är antalet försäkringar ungefär 723 000. Det innebär en mer än tiofaldig ökning under två decennier.

Borde inte antalet privata sjukvårdsförsäkringar ha planat ut (eller i vart fall uppvisat en långsammare ökningstakt) när sjuktalen minskade (se Diagram 3)?

Det kan finnas flera förklaringar till att så inte skedde. En hypotes är att tillkomsten av privata sjukvårdsförsäkringar innebar en form av *regimskifte* från en värld där nästan allt var offentligt finansierat till ett system där företagen sökte bättre kontroll över kostnader från personalfrånvaro och produktionsbortfall. Enkom för att sjuktalen minskade innebar *inte* att insikten om risker för sjukfrånvaro plötsligt försvann från företagens dagordningar. Dessutom återstår sjuklöneansvaret samt vårdköerna. En rimlig gissning är därför att vårdförsäkringarna fortsatte att öka eftersom de hade blivit en del av ett strategiskt beslut för personalpolitiken (”*the genie is out of the bottle*”).

Nutidsperspektiv på företagens sjuklönekostnader samt specialregler under pandemin

Hur mycket ett företag betalar för de anställdas sjukfrånvaro varierar över tid. Under pandemin har speciella undantag tillämpats som har avlastat arbetsgivare från de ordinarie reglerna. I normalfallet finns ett karensavdrag för sjukfrånvaro vid dag 1, medan företag ska stå för sjuklönekostnader under perioden

2–14 dagar med upp till 80 procent av grundlönen. Därefter är kostnaden under 15–90 dagar fastställt till 10 procent av grundlönen. Som framgår från Tabell 4 kan sjuklönekostnaden utgöra en betydande kostnad, inte minst för mindre företag.

***Tabell 4.* Exempel på ett företags totala kostnader från sjuklön och arbetsfrånvaro under olika löneantaganden**

Månadslön	Företagets sjuklönekostnad
25 000	5 617
35 000	7 863
50 000	11 234

Källa: If (2021). Anm.: Antagande om 1 anställd och 7 sjukdagar. I beräkningen ingår faktisk lönekostnad, inklusive lagstadgade arbetsgivaravgifter, tjänstepension m.m. samt kringkostnader i form av lokaler, dator, mobil.

För 2017 redovisade Försäkringskassan totala sjuklönekostnader för företag sorterade efter storleken på företagens omsättning. Från Tabell 5 framgår att företagen betalade ut cirka 21,5 miljarder kronor i sjuklöneersättning 2017. Försäkringskassan betalade därefter tillbaka ett visst belopp för höga sjuklönekostnader. Totalt ersatte Försäkringskassan 4,4 procent av kostnaderna under 2017 men med betydande skillnader beroende på företagens storlek. De största företagen med mer än 20 miljoner i omsättning fick cirka 1 procent tillbaka medan småföretag med mindre än 3 miljoner i omsättning fick drygt 55 procent. Totalt kostade sjuklöneansvaret företagen därför cirka 20,5 miljarder kronor under 2017.

***Tabell 5.* Företagens samlade sjuklönekostnader 2017. Miljoner kronor och procent.**

Omsättning miljoner kronor	0–3	3–6	6–12	12–20	>20	Totalt
Ersättning från Försäkringskassan	360	169	135	91	184	939
Sjuklönekostnad	652	693	1040	942	18 222	21 547
Procent	55,3	24,4	13,0	9,7	1,0	4,4

Källa: Försäkringskassan (2018).

De senaste publicerade siffrorna för 2019 är inte angivna med samma detaljnivå som tidigare. För 2019 rapporterade företagen cirka 24,4 miljarder kronor i sjuklönekostnader och fick 1,1 miljarder kronor återbetalda (Försäkringskassan 2020).

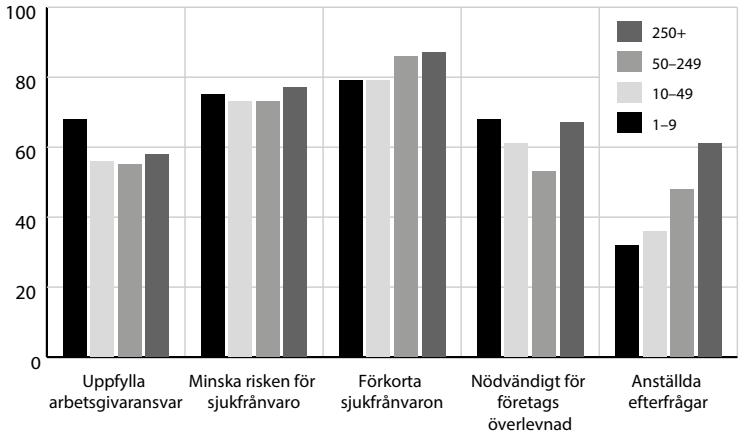
Alla företag önskar friska anställda som är produktiva under arbetstiden. Men frågan om sjuklönekostnader kan lite förenklat konkretiseras till en avvägning mellan att betala en viss summa för en privat sjukvårdsförsäkring för de anställda i förhoppningen om att undvika/förkorta en sjukskrivning och att riskera att betala de anställdas sjuklönekostnader enligt (föränderliga) regelverk och samtidigt riskera ett produktionsbortfall. Ett betydande antal företag väljer att betala privata sjukvårdsförsäkringar för att minska risken för att de anställda är frånvarande från jobbet. I vissa fall kan risken för produktionsbortfall vara långt värre än de direkta kostnaderna (se nedan avsnittet ’Pandemin och sjukfrånvaron’).

I en enkät har 3 000 företag fått frågor om privata sjukvårdsförsäkringar (Svenskt Näringsliv 2021). Frågorna som har ställts är bland annat om motiven att teckna försäkringarna:

- Uppfylla arbetsgivaransvar?
- Minska risken för sjukfrånvaro?
- Minska tiden vid sjukfrånvaro?
- Säkra företagets överlevnad?
- Efterfrågas av de anställda?

Från Diagram 4 framkommer att motiven till att teckna sjukvårdsförsäkringarna inkluderar samtliga av dessa faktorer. *Minst* viktigt i alla kategorier är huruvida de efterfrågas av de anställda. *Störst* betydelse läggs vid att kunna förkorta tiden för sjukskrivningen, tätt följt av vikten att minska risken för sjukskrivning. Det gäller för alla företag, oberoende av antalet anställda.

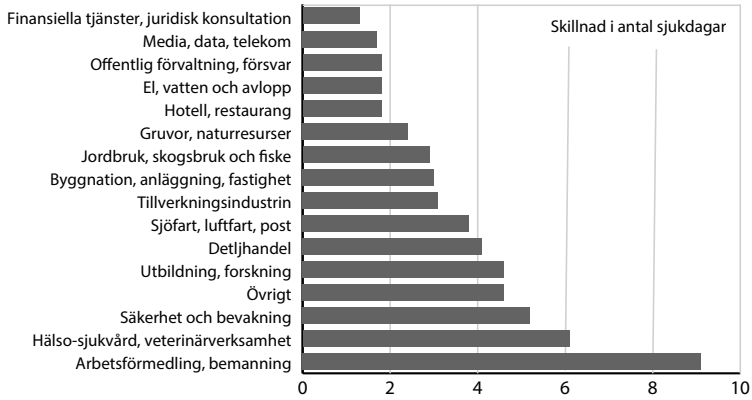
Diagram 4. **Företags motiv att teckna privata sjukvårdsförsäkringar 2021.**



Källa: Svenskt Näringsliv (2021). Anm.: Frågorna ställda 13 april–30 april 2021 till 3 000 medlemsföretag i Svenskt Näringsliv. Svarsfrekvens 39 procent.

Privata sjukvårdsförsäkringar bidrar inte bara till lägre sjuklönekostnader för företagen utan även för samhället. I Palme (2017) framgår det att de som täcks av privata sjukvårdsförsäkringar har *färre* antal sjukdagar än befolkningen (i åldern 30–64 år), se Diagram 5. I studien framgår även att de försäkrade i lägre utsträckning erhåller olika typer av sjukförmåner som rehabiliteringsersättning, sjukersättning och aktivitetsersättning. Troligen har gruppen med privata sjukvårdsförsäkringar i utgångsläget bättre hälsa än övriga befolkningen och löper således en lägre risk att bli sjuk. Det är dock även sannolikt att en viss del av skillnaden mellan försäkrade och övriga kan tillföras snabbare tillgång till sjukvård. Även den *förebyggande* vården borde bidra till bättre hälsa hos de anställda och till lägre sjukfrånvaro.

Diagram 5. **Skillnad i antal sjukdagar mellan befolkningen 30–64 och de med privat sjukvårdsförsäkring. Procent.**



Källa: Palme (2017).

Pandemin och sjukfrånvaron

Staten i Sverige har axlat en stor del av företagens sjuklöneansvar under pandemin. Det finns dock andra aspekter från pandemin som illustrerar konsekvenserna av sjukfrånvaro, särskilt när nyckelpersoner tvingas vara hemma.

Vid arbetsolyckor eller arbetsmiljöproblem kan det förekomma att flera anställda drabbas samtidigt, men ofta finns inte något uppenbart tidsmässigt samband mellan olika arbetstagares sjukfrånvaro. När någon är sjuk och frånvarande från jobbet riskerar produktionen försenas. Ibland anställs en ersättare. De samlade konsekvenserna av frånvaro kan sammantaget vara mer omfattande än de direkta kostnaderna, eftersom företagen försöker anpassa verksamheten för att överbrygga frånvaron.

Pandemin visar vad som kan hända när nyckelpersonal med kort varsel tvingas vara hemma. Ett av de mest illustrativa exemplen kommer från Storbritannien, där landets regering lättade på de flesta pandemirelaterade restriktionerna i juli 2021 *samtidigt* som man införde ett nytt appbaserat system för att anmoda medborgare till en obligatorisk karantän. National Health Service skickade ut ett meddelande till personer som potentiellt hade varit i kontakt med en smittad person. Den som fick ett sådant meddelande förväntades stanna hemma från arbetet. Till en början gällde kravet även gruppen vaccinerade, men den regeln kom efter en kort tid att avskaffas.

I inledningen, när systemet började användas, var effekterna dramatiska och fick benämningen *pingdemic*. Under en vecka i juli rapporterade *Financial Times* att cirka 600 000 personer blev pingade i appen med innebörden att de omedelbart måste försätta sig i karantän. Konsekvensen blev flera butiker med tomma hyllor och tomma lager (Bradshaw m.fl. 2021).

c) Omfattningen av privata sjukvårdsförsäkringar jämfört med sjukvården

Enligt Socialstyrelsens statistik genomfördes 2021 totalt cirka 2,4 miljoner operationer och besök inom specialistsjukvården, se Tabell 6. Den siffran innefattar alla besök som är offentligt finansierade och utförda antingen av privat- eller offentlig vårdgivare, samt privata sjukvårdsförsäkringar.

Enligt material från Svensk Försäkring genomfördes cirka 248 000 specialistbesök under 2018 samt cirka 18 000 operationer (Vårdanalys 2020 s. 34). Antalet operationer jämfört med samtliga operationer är därmed knappt 1 procent. Andelen kan vara högre på vissa områden eller regioner.

***Tabell 6.* Specialistsjukvård. Antal besök och patienter, miljoner.**

Område	2018	2019	2020	2021
Antal operationer i öppen specialiserad vård	2,3	2,4	2,2	2,4
Antalet patienter som har opererats i öppen och sluten specialiserad vård	1,5	1,5	1,4	1,5

Källa: Socialstyrelsen (2022). Anm.: Totalt antal specialistvård innefattar skattefinansierad sjukvård i såväl privat som offentlig regi, samt privat finansierad vård via sjukvårdsförsäkringar.

En bättre jämförelse är med antalet operationer inom de områden där det finns privata sjukvårdsförsäkringar. Medan offentlig sjukvård täcker in allt från akut- till cancervård är tjänsterna inom privata sjukvårdsförsäkringar begränsade till ett fåtal områden. Exakt vad som ingår kan skilja sig mellan olika försäkringsbolag, men i en sammanställning från Vårdanalys (2020) framgår att följande vårdområden ofta förekommer:

- Hudsjukvård
- Ortopedi
- Urologi
- Ögonsjukvård
- Öron-näsa-hals
- Psykiatri

I huvudsak täcker de privata sjukvårdsförsäkringarna in områden som finns i den offentliga sjukvården men datatillgängligheten är begränsad. En stor skillnad mot den offentligt finansierad sjukvården är den snabbare tillgängligheten. Försäkringsbolagen använder sig av en vårdkoordinator som slussar patienterna till rätt specialistvård. Om försäkringsbolaget inte uppfyller sitt avtal gentemot försäkringstagaren vad gäller vård inom den tid som är angiven i avtalet utgår en ersättning till försäkringstagaren på omkring 1 000 kronor per dag (SOU 2021:80, s.175).

En vårdkoordinator vid ett försäkringsbolag är en tjänst för att överbrygga hinder och krångel för patientens färd i specialistsjukvården. I princip finns inget som hindrar offentligt finansierad sjukvård från att göra samma sak: att använda personer med god kunskap om sjukvårdssystemet för att hjälpa patienterna att skyndsamt komma till rätt vårdinstans. Här spelar dock storleken och omfattningen en roll. Eftersom offentligt finansierad specialistvård är omfattande och komplex är det inte riktigt samma sak som att slussa patienter rätt inom ett begränsat antal områden.

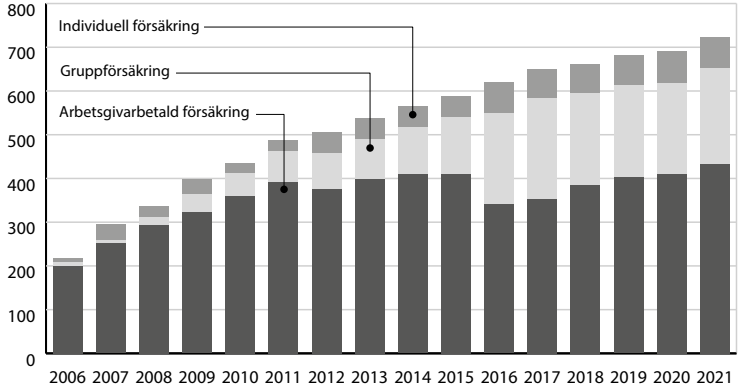
I vissa länder täcker privata sjukvårdsförsäkringar in behandlingar som saknas i offentlig regi (dvs. som ett komplement). De kan också vara aktuella för personer som av juridiska eller andra skäl inte omfattas av landets sjukvårdsskyddsnät (substitut). Jämförelser mellan privata sjukvårdsförsäkringar i olika länder försvåras av att olika tonvikt läggs vid dessa olika syften.

I Sverige förekommer visserligen tjänster i de privata sjukvårdsförsäkringar som inte ingår i offentlig regi men dessa är tämligen marginella. I huvudsak ingår samma vård i privata sjukvårdsförsäkringar som i den offentliga sjukvården (dvs. de utgör ett supplement).

d) Vilka tecknar privat sjukvårdsförsäkring?

Privata sjukvårdsförsäkringstagare kan delas in i tre grupper: arbetsgivarbetalda försäkringar, gruppförsäkringar, i huvudsak via fackförbund, samt individuellt tecknade försäkringar. Från Diagram 6 framgår att arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringar har varit den dominanta formen fram till 2015. Motiven till att arbetsgivare väljer att teckna en försäkring för sina anställda kan vara flera. Sjukvårdsförsäkringen kan också vara en del av ett större förmånspaket utöver lönen som kan ge förhöjd status för den anställde eller göra arbetsgivaren mer attraktiv.¨

Diagram 6. **Antal personer med privata sjukvårdsförsäkringar. Tusental.**



Källa: Svensk Försäkring. Anm. Det har förekommit vissa ändrade definitioner över åren vilket försvårar en jämförelse av gruppernas storlek över tid.

Från juli 2018 infördes en förmånsbeskattning för vissa sjukvårdsförsäkringar men det ledde inte till någon större påverkan på tillväxttakten.

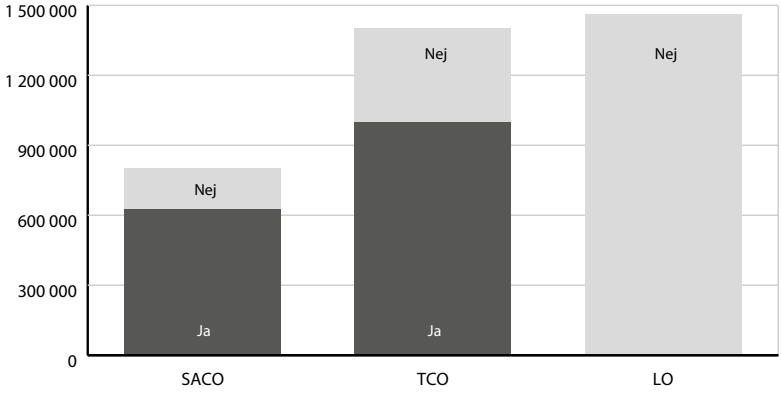
Det krävs ett omfattande arbete för att djupare beskriva hur företag använder privata sjukvårdsförsäkringar. Däremot är det förhållandevis enkelt att kartlägga vilka fackföreningar som erbjuder gruppförsäkringar genom att granska deras hemsidor.[4] I stort sett alla fackförbund erbjuder vissa typer av grundförsäkringar som en del i medlemskapet. Vilka fackförbund som erbjuder möjligheten att teckna privata sjukvårdsförsäkringar varierar, se Diagram 7. Hos LO förbunden saknas möjligheten att teckna privata sjukvårdsförsäkringar. Bland TCO förbunden är det några få som erbjuder försäkringar, däribland Finansförbundet, Polisförbundet och Unionen. Bland SACO förbunden är det mer vanligt. Ungefär 65 procent av TCO medlemmarna och knappt 80 procent av SACO medlemmar har möjlighet att teckna privata sjukvårdsförsäkringar. Totalt finns möjligheten att teckna en privat sjukvårdsförsäkring för cirka 1,6 miljoner medlemmar i SACO och TCO.

Kunskapen är god kring vilka som har privata sjukvårdsförsäkringar. I Palme (2017) sammanfattas egenskaperna hos privata sjukvårdsförsäkrade som:

- Vanligast i byggbranschen, tillverkningsindustrin, detaljhandeln och finansiella tjänster samt bland små företag.
- Ungefär två-tredjedelar är män, vilket delvis reflekterar att branscher med fler privata sjukvårdsförsäkringar tenderar att ha lägre andel kvinnor.

4) Granskning har gjorts under juni 2021.

***Diagram 7:* Antal medlemmar i fackförbund och möjligheten att teckna privat sjukvårdsförsäkring 2020.**



Anm.: Sammanställt av författaren och från material i SOU (2021:80 s.186). Antal medlemmar är baserat på siffror från förbundens hemsidor. I stort sett alla förbund erbjuder möjlighet att teckna olika rabatterade försäkringar. Av totalt 49 LO, SACO och TCO-förbund erbjuds medlemmar vid 21 att teckna privata sjukvårdsförsäkringar genom medlemsrabatt.

- Medelåldern är 45 för män samt 44 för kvinnor, med en underrepresentation från unga och äldre.
- Är till antalet mest förekommande i Region Stockholm och Västra Götaland, Sveriges regioner med störst befolkningsmängd; räknat som andel av befolkningen har dock Region Jämtland störst andel.
- Försäkrade har en högre utbildning och högre förvärvsinkomst än genomsnittet i befolkningen.
- Som grupp tenderar de försäkrade att ta ut mindre från sjukpenning och sjukersättning.

Även om det givetvis sker vissa förändringar över tid är det troligt att resultaten från Palme (2017) i huvudsak kvarstår som beskrivning för gruppen som tecknar privata sjukvårdsförsäkringar.

e) Viljan att betala skatt och välfärdsstatens legitimitet

Den svenska modellen och viljan att betala skatt
Viljan att betala skatt och välfärdsstatens legitimitet är ett återkommande tema i Sverige. En hög skattenivå har motiverats med att medborgarna får ett betydande värde för pengarna. I Sverige har alla medborgare tillgång till sjukvård jämfört med exempelvis i USA där det finns offentliga sjukvårdsystem (Medicaide och Medicare) parallellt med omfattande privata sjukvårdsförsäkringar, ofta betalda av arbetsgivaren.

Andra länders system ger insikter om faktorer som kan påverka välfärdens legitimitet men jämförelser är svåra. Ländernas specifika institutioner och historiska erfarenheter spelar en central roll.

Välfärdsstatens legitimitet behöver diskuteras i kontexten av de reformer som har genomförts för att upprätthålla modellen och dess finansiering. Såväl socialförsäkrings- som transfereringssystemen ändras över tid, inte minst när kostnadstrycket ökar mer än intäkterna. Under 1990-talskrisen var den svenska modellen hotad och Lindbeckkommissionen föreslog 113 åtgärder (SOU 1993:16). Flera av de mest centrala reformerna ändrade grunderna för den statliga budgetprocessen och stärkte incitamenten till arbete. Många av förslagen genomfördes under 1990-talet och 2000-talets början. I boken *Sweden and the Revival of the Capitalist Welfare State* diskuterar Andreas Bergh hur den svenska modellen har tvingats till anpassningar över tiden. Lite förenklat kan man se det som att ett stramare transfereringssystem var nödvändigt för att upprätthålla hållbara statsfinanser och i förlängningen en fungerande välfärd (Lindbeck m.fl. 2003).

Reformer för stramare bidragssystem under 1990-talet var nödvändiga för att upprätthålla hållbara statsfinanser och en fungerande välfärd.

Det finns egentligen inte ”en svensk modell” byggd i sten utan den beskrivs bättre som ett antal grundpelare som löpande är under justering och utveckling (Bergh 2014). I boken *Digitalization, Immigration and the Welfare State* diskuterar jag de yttre påfrestningarna som tynger välfärdssystemen från demografi till den teknologiska utvecklingen. Ett avgränsat men viktigt exempel är medborgarnas förväntningar på välfärdssystemen utbud och tillgänglighet i förhållande till det som finns i privat sektor. Medborgarna förväntar sig troligen att välfärdstjänsterna inte uppvisar ett alltför stort – eller växande – teknologiskt gap jämfört med det som tillhandahålls i privat sektor.

Det finns ingen enkel och rak linje mellan välfärdstjänsternas tillgänglighet och modellens legitimitet. Under 1980-talet expanderade välfärdsstaten samtidigt som möjligheterna att leverera tjänster till medborgarna var under press. Undersökningar av SOM institutets visade att många medborgare värderade valfrihet i välfärden. Samtidigt finns det en utbredd misstänksamhet mot privatisering och vinst i välfärden.

I boken *Privatizing Welfare Services – Lessons from the Swedish Experiment* diskuterar jag och Henrik Jordahl hur konkurrensutsättningen av offentliga monopol i välfärden ledde till ökad kvalitet och tillgänglighet. När det gäller sjukvården mer specifikt visar forskningen att *Lagen om valfrihetssystem* från 2009/10 ledde en ökning av antalet privata vårdföretag, vilket ledde till en förbättring i tillgänglighet för *samtliga* grupper även om de med stark socioekonomi fick störst förbättring. Kvaliteten visade sig vara något högre i offentligt finansierad vård utförd av privata

vårdgivare, men skillnaderna gentemot offentlig utförd vård var överlag liten.

Populistisk debatt om digital vård och privata sjukvårdsförsäkringar

Forskningen har visat att privat sektor har varit en positiv drivkraft när det kommer till att förnya och utveckla välfärdstjänster. Som inom alla verksamhetsområden finns det företag som misslyckas eller inte uppnår god kvalitet, inklusive verksamheter i offentlig regi.

Välfärd som är skattefinansierad måste utvärderas empiriskt, oavsett om den utförs i privat eller offentlig regi (Blix och Jordahl 2021). Det är inte lätt att mäta kvalitet, men det finns inga alternativ till noga utförda kvantitativa studier. En viss del av kritiken mot privat sjukvård är anekdotisk eller av teoretisk karaktär.5 Ett särskilt märkligt exempel är argumentationslinjen att ”…valet av associationsform – eller mera konkret aktiebolagens närvaro i välfärdssektorn – är i själva verket ursprunget till vårt problem.”6

Kritiken mot privata sjukvårdsförsäkringar har stora likheter men den som berör offentligt finansierad vård utförd av privata vårdgivare. Den vänsterorienterade tankesmedjan Arena Idé skriver att ”[p]rivata sjukvårdsförsäkringar leder till ineffektiv och ojämlik resursfördelning då försäkringsbolag undviker kunder

5) Ett exempel på missvisande användning av en anekdot är den så kallade Caremaskandalen kring äldreboendet vid Koppargården 2011 (Blix och Jordahl 2021, sid. 172; Stenshamn 2013). Vad som i grunden visade sig var en konflikt mellan en läkare och sjuksköterskor anställda vid olika privata vårdbolag blev dramatiserat som *dödens hus*, kritik som senare visade sig vara felaktig.

6) Pålsson, Anne-Marie (2016). ”Spelar det någon roll hur välfärdsföretagen bedrivs?” Dagens Samhälle. 3 november.

med hög risk att bli sjuka." (Lorentzi och Pelling 2021). En annan debattör skriver "att inga privata försäkringspatienter tillåts gå före i köer…" (Suhonen 2021).

Vad finns det för kunskap om viljan att betala skatt för välfärdstjänster? Den statliga myndigheten Vårdanalys konstaterar att det *inte* finns några indikationer på att viljan att betala skatt har påverkats av ökningen av antalet personer med privata sjukvårdsförsäkringar. Samtidigt noteras att mätproblemen är betydande.

Ett sätt att komma runt statistikbegränsningar är genom enkätundersökningar. Kullberg m.fl. (2021) finner ingen evidens att förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar påverkan viljan att betala skatt. Det är ett liknande resultat från en äldre studie som genomfördes 2008 av ett opinionsinstitut på uppdrag av Sveriges Kommuner och Regioner (dåvarande SKL). Slutsatsen från undersökningen var att betalningsviljan var hög att betala skatt i Sverige (Synovate 2008). Men det finns kritik mot undersökningen. Ett problem är att svaren kan vara känsliga för exakt hur frågorna ställs och en specifik invändning är att frågorna "… var dock inte ställda på ett sätt där olika finansieringsalternativ är ställda mot varandra…" (Blix 2013, s. 158). Attityder till välfärden har länge varit stabila, även vid regeringsskiften (Svallfors 2011).

Sverige har genomgått flera olika kriser och försäkringssystemen har reformerats. Reformer och privatisering har lett till ökad tillgänglighet i sjukvården. Befolkningens vilja att betala skatt för välfärdstjänster är inte en fråga som enkelt kan bevisas genom kategoriska uttalanden från teori eller anekdoter. Svaren måste sökas genom data och noga utförda undersökningar.

3. Samhällsekonomiska effekter

Det finns inget sjukvårdsystem utan utmaningar. Offentliga monopol tenderar att vara trögrörliga (Storbritanniens National Health Service) och system med en stor andel privata sjukvårdsförsäkringar, som i USA, uppvisar höga kostnader och lämnar stora delar av befolkningen oförsäkrad. För att förstå Sveriges system med offentligt finansierad sjukvård utförd av *privata* vårdgivare eller offentliga vårdgivare behöver vi gå tillbaka till den svenska modellens svårigheter att leverera välfärdstjänster under 1980-talet. För att förstå tillkomsten av privata sjukvårdsförsäkringar behövs även kontexten av 1990-tals krisen där ökade sjukskrivningar blev en betydande faktor och kostnad. De personer som var frånvarande från arbetsmarknaden tappade gradvis humankapital och självförtroende. För företagen medförde de ökade kostnaderna en börda samt en risk för sämre konkurrenskraft. Sjukvårdens effektivitet och kvalitet är centrala frågor men utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv bör även effekter på arbetskraften och företag inkluderas.

I grunden handlar frågorna om samspelet mellan ekonomiska incitament och institutioner. I nästa avsnitt sammanfattar jag i korthet insikter från ekonomisk teori om privatisering av välfärdstjänster och om privata sjukvårdsförsäkringar. För att utforma vårdsystem med privata vård- och försäkringslösningar är det nödvändigt att beakta de ekonomiska incitament som uppstår (Hägglund och Johansson 2016:2). Inom många professioner finns även etiska principer och värderingar som har betydelse. Det är särskilt tydligt inom sjukvården där beslut om vårdinsats

ska vägledas av patienternas behov, där svårt sjuka ska komma före de med lindrigare besvär.

På ett allmänt plan kan de teoretiska modellerna ge upphov till såväl positiva som negativa effekter för kostnader, jämlik vård och effektivitet. Det är därför nödvändigt att ta steget från teoretiska effekter till empirisk utvärdering av utfallen, något som jag återkommer till i avsnitt 4.

Nästan all sjukvård i Sverige är offentligt finansierad och privata sjukvårdsförsäkringar utgör endast cirka 1 procent av det totala antalet operationer i specialistsjukvården. Offentligt finansierad sjukvård, vare sig om den utförs i privat eller offentlig regi dominerar och påverkar förutsättningarna för privata sjukvårdsförsäkringar. Jag sammanfattar därför först insikter från privatisering av sjukvård och därefter de mer specifika frågor som berör privata sjukvårdsförsäkringar.

a) Kvasimarknader och privat utförd men offentligt finansierad sjukvård

Teorier om kvasimarknader utvecklades av den brittiske ekonomen Julian Le Grand. Huvudtanken bakom kvasimarknader är att på områden med offentlig finansiering återskapa drivkrafter till produktivitet och innovationer som finns när det råder konkurrens i privat sektor. Eller lite tillspetsat: att få de bästa av två världar.

Det finns olika egenskaper som definierar formen för en kvasimarknad, däribland hur kontrakt till privat sektor fördelas, hur användarna matchas med välfärdsbolagen samt hur tjänsterna betalas.

I praktiken förekommer främst två olika modeller för privatisering:

- Outsourcing modellen
- Valfrihetsmodellen

I *outsourcing* modellen får privata producenter kontrakt att bedriva en viss verksamhet utifrån angivna kriterier. Producenterna försöker konkurrera med pris och kvalitet. Ofta är kontraktet tidsbegränsat och brukarnas valfrihet är begränsad. I Sverige är modellen vanligt förekommande inom äldrevården samt LSS-boende.

I *valfrihetsmodellen* specificerar politikerna vilka krav som gäller men är därefter inte direkt involverade. Om en producent uppfyller kraven är det i regel möjligt att leverera tjänsten. Ofta är det samma pris lokalt för alla producenter – och ibland även nationellt. Modellen är vanlig bland förskolor, hemtjänst och i primärvården.

Modellerna har olika styrkor och svagheter. I Tabell 7 sammanfattas de risker som kan uppstå för välfärdsproducenterna i privat sektor.

***Tabell 7.* Risker för välfärdsproducenter i olika modeller.**

Modell	Främsta användning i Sverige	Risk och tidshorisont	Investerings-risk	Politisk risk
Outsourcing-modellen	Sjukhusvård, äldreboende, LSS	Sent, när kontraktet är på väg att upphöra	Förlorad upphandling	Politiskt drivna förändringar kan ske efter kontraktet löpt ut
Valfrihets-modellen	Hemtjänst, primärvård, firskolor och förskolor	Tidigt, vid början av verksamheten	Investeringar måste göras utan att veta efterfrågan	Politiska förändringar kan ändra förutsättningarna för verksamheten

Källa: Blix och Jordahl (2021, s.24)

Oavsett vilken modell som väljs är en gemensam svårighet att priset är bestämt i förväg och därmed inte kan användas som en del av en kvalitetssignal. En annan svårighet är att mäta och utvärdera kvalitet. I sjukvården kan det vara svårt för en patient att veta vilken standard som tjänsten levererades med, exempelvis vid höft- och knäledsoperationer. Allmänt pekar litteraturen på framför såväl risker som fördelar kvasimarknader, se Tabell 8.

***Tabell 8.* Styrkor respektive risker med kvasimarknader.**

Styrkor	Risker
Konkurrens leder till kostnads-effektivitet och innovationer	Producenten sänker kvalitén för att få högre vinst
Medborgare uppskattar valfrihet	Väljer brukare som medför låg kostnad (s.k. 'cream skimming')

Källa: Blix och Jordahl (2021, kapitel 2).

Det är värt att notera att fördelar med konkurrens kan vara omfattande samtidigt som de inte utesluter att det kan uppstå negativa effekter. Härav finns två iakttagelser. För det första, det är centralt att *mäta* utfallen i flera dimensioner. För det andra, det krävs monitorering av myndigheter för att granska verksamheterna.

Det kan tyckas vara en nackdel med kvasimarknader att mer resurser krävs för att skriva bra avtal och att genomföra upphandlingar. Därtill är det även kostsamt att granska verksamheterna. Är dessa utgifter onödiga i bemärkelsen att de enbart behövs när välfärdstjänster drivs med vinstintresse?

Det stämmer att granskning blir viktigare när det finns ett vinstintresse. Däremot är det en villfarelse att tro att verksamhet i offentlig regi inte lider av effektivitetsproblem och att de uppfyller uppsatta mål även i avsaknad av yttre kontroll. Rimligen

bör granskningen vara neutral och behandla alla verksamheter på samma sätt, oavsett om de sker i privat eller offentlig regi – men så är ofta inte fallet (Blix och Jordahl 2021, s. 105–6). Upptäcktsrisken är också viktig och myndigheterna borde även tillämpa oannonserade inspektioner.

Verksamheter som trots anmärkningar inte lyckas uppfylla kvalitetskraven bör inte kunna fortsätta sin verksamhet, oavsett regi.

b) Marknadsmisslyckanden och ojämlik sjukvård?

Beteckningen *marknadsmisslyckande* är ett samlingsbegrepp för problem som kan uppstå med privata sjukvårdsförsäkringar. Mer specifikt finns ofta farhågor om förekomsten av så kallad *cream skimming* och *adverse selection*:

- Att svaga socioekonomiska grupper eller personer med existerande sjukdomar nekas att teckna privata sjukvårdsförsäkringar, eftersom de kan förmodas behöva mer sjukvård, vilket är kostnadsdrivande. Det gäller även gruppen äldre när vårdbehoven ofrånkomligen ökar.
- Att friska eller välbärgade personer väljer att inte teckna sjukvårdsförsäkringar.

Försäkringar bygger på att risk ska fördelas (poolas) över en stor befolkning för att det ska vara ekonomisk lönsamt. En situation där merparten av de som tecknar försäkring är sjuka, eller äldre med stora vårdbehov, medan få av de friska ingår medför höga premier och går stick-i-stäv med tanken att det är frågan om en försäkring för en oväntad händelse. Och omvänt, tillgången till sjukvård blir mycket skev till starka socioekonomiska gruppers

fördel om försäkringsbolagen kan välja bort svaga grupper eller äldre med större omsorgsbehov.

De teoretiska problemen som kan leda till marknadsmisslyckanden är sedan länge välkända. Den centrala frågan är hur allvarliga dessa problem är i praktiken för svenskt vidkommande samt hur utfallen förhåller sig till system i andra länder. Australien hamnar exempelvis ofta högt i internationella rankingar. Landet har ett system med mer omfattande privata sjukvårdsförsäkringar i kombination med en mer utbyggd primärvård (Collin m.fl. 2021) men väntetider för bl.a. vissa hjärt- och höftledsoperationer är kortare i Sverige (AIHW 2021)

I en nyligen gjord litteraturöversikt i regi från *European Observatory on Health Systems and Policies* samlas erfarenheter från 18 medel- och höginkomstländer med olika system (Thomson m.fl. 2020). I en sammanfattning på svenska publicerad av *Arena Idé* sammanställs landövergripanden slutsatser (Thomsen m.fl. 2021). Inledningsvis konstateras att ingen marknad för privata sjukvårdsförsäkringar är den andra lik. Det finns stora skillnader i huruvida försäkringarna är obligatoriska eller frivilliga samt exakt vad som ingår.

Sammanfattningen av rapporten betonar de ovan nämnda teoretiska problemen där privata sjukvårdsförsäkringar kan leda till marknadsmisslyckanden. Hur betydande de teoretiska problemen är varierar med faktorer som länders välstånd eller befolkningens ålder. I utvecklingsländer med låga inkomstnivåer riskerar försäkringspremierna att vara för höga i förhållande till befolkningens ekonomiska bärkraft och då kan vara svårare för marknaden att leverera en heltäckande sjukvård till befolkningen. Detsamma gäller i bredare bemärkelse även i avancerade länder, inklusive

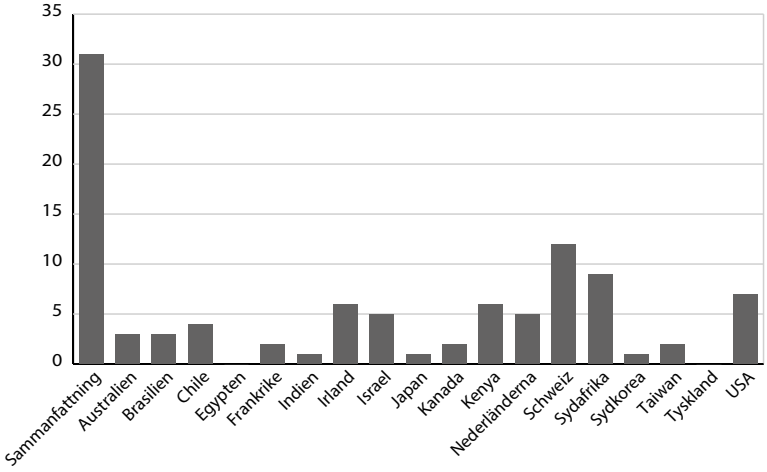
Sverige, när gäller äldre- och multisjuka. Några generella slutsatser från rapporten är:

- Privata intressen har försökt att hindra utbyggnaden av offentligt finansierade system, inte minst i USA, men i de flesta utvecklade länder har heltäckande nationella system ändå införts (Thomson m.fl. 2021 s.15). I vissa länder, som i Sverige, kom expansionen av välfärdsstaten (från 1970-talet) långt innan privata sjukvårdsförsäkringar (1990-talet) började erbjudas, delvis en effekt av de långa köerna (se avsnitt 5).
- Det blir allt vanligare med statlig inblandning i förutsättningarna för privata sjukvårdsförsäkringar, via skattesystem, och kraven på vilka som ska ingå (Thomson m.fl. 2021 s.17). I Sverige infördes exempelvis förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar från den 1 juli 2018.
- Privata sjukvårdsförsäkringar avlastar offentliga system endast i ringa grad. De leder sällan till ökad effektivitet (Thomson m.fl. 2021, s. 28–29). Särskilt betonas att administrativa kostnader är högre i system med privat sjukvårdsförsäkring jämfört med offentligt finansierade system. Här finns dock stora mätproblem och det kan vara svårt att separera administrativa kostnader i en så komplex verksamhet som sjukvården. En slutsats från privatiseringen av den svensk sjukvården är att graden av konkurrens spelar stor roll (Blix och Jordahl 2021).

Även om sammanfattningen i Thomson m.fl. 2021 ger värdefull information om erfarenheter tenderar den att främst betona negativa faktorer hos privata sjukvårdsförsäkringar och väger inte in övriga samhällsekonomiska effekter. Alla system har styrkor och svagheter men problemen kan målas större om de jämförs med en idealiserad bild av ett alternativ som enbart finns på pappret (*Nirvana fallacy*).

När det gäller sjukvården verkar det finns ett outtalat antagande i rapportsammanfattningen att ett offentligt monopol utan privata inslag är det bästa systemet. Sammanfattningen ger även en mer negativ bild än underlagstexterna om de enskilda ländernas erfarenheter. Ett sätt att illustrera detta är genom att granska hur ofta vissa ord förekommer i texten. Metoden kan förmedla alla nyanser i slutsatserna men ger ändå en enkel empirisk sammanfattning av tyngdpunkten på innehållet. En sådan metodik kommer ursprungligen från forskningsområdet *computational lingustics*, men har använts i många andra sammanhang, exempelvis inom finansiell ekonomi (Loughran och McDonald 2020). Metoderna kan enkelt tillämpas på Thomson m.fl. 2020,

Diagram 8. **Hur ofta nämns olika former av marknadsmisslyckanden i Thomsen m.fl. 2020?**



Anm. Sammanfattningen är kapitel 1 i Thomsen m.fl. (2020) och länderna är enskilda kapitel i boken. Siffrorna är egna beräkningar enligt följande: En sökning på hela rapporten har genomförts på orden adverse, cream, inequality, market failure, moral hazard, och risk selection. För att ingå i summeringen krävs att ordet används empiriskt eller praktiskt. Flera omnämnande i samma stycke behandlas som en förekomst om den refererar till samma studie eller resultat. Antal omnämnande per land summeras till en total.

se Diagram 8. Det framgår från diagrammet att ord som ofta förknippas med negativa utfall är långt mer förekommande i rapportsammanfattningen än i underlagstexterna.

> *Ensidigt fokus på marknadsmisslyckanden är missvisande i ett system som Sverige som domineras av offentligt finansierad sjukvård.*

Vilka samlade slutsatser går då att dra om effekter av privata sjukvårdsförsäkringar från jämförelser med andra länder? Alla sjukvårdsystem har sina för- och nackdelar. Den svenska välfärden och sjukvården fick allt större svårigheter mot slutet av 1980-talet. Kvaliteten i sjukvården fick visserligen höga betyg men tillgängligheten var bristfällig. Välfärden i Sverige förändrades från ett system där alla former av misslyckanden härstammade från offentlig sektor till ett system med styrkor och svagheter från såväl privat som offentlig regi.

4. Vad vet vi om effekter av privat vård i Sverige?

Fram till mitten av 2010-talet fanns endast ett fåtal empiriska studier om effekter av offentligt finansierad vård utförd av *privata* vårdgivare. Ännu mindre kunskap fanns om effekter av privata sjukvårdsförsäkringar. Under andra hälften av 2010-talet kom dock ett antal studier att publiceras om effekter av privatiserad sjukvård i Sverige. Kunskapen om försäkringsbaserad sjukvård är dock alltjämt begränsad.

a) Empiriska studier om privatisering av sjukvård

Under 2010–20 har drygt tjugo studier publicerats som utvärderar effekten av privatisering i sjukvården. De flesta studierna berör primärvården, som också är det område där privatiseringen har haft störst genomslag. Sammanfattningsvis visar studierna att (se Blix och Jordahl 2021 s.136–150).

- Privat sjukvård är ofta bättre men kvalitetsskillnaderna är små (Kastberg och Siverbo 2007; Lindgren 2014).
- Valfrihetsreformer har ökat tillgängligheten och nöjdheten för alla grupper men särskilt för de med stark socioekonomi (Burström m. fl. 2017; Dietrichson m.fl. 2016; Glenngård 2015; Rehnberg 2014; Rehnberg m.fl. 2010; Sveréus m.fl. 2018).
- Höftledsoperationer i privat regi hade nöjdare patienter med färre komplikationer och högre produktivitet i Region Stockholm (Wohln m.fl. 2012, 2016).

- Pay-for-performance modeller för prissättning minskade användningen av antibiotika (Ellegård m. fl. 2018; Fogelberg 2013)
- Capio St. Göran har högre produktivitet trots att lönekostnaderna är högre än jämförbara sjukhus i Region Stockholm (Stockholms Läns Landsting 2015).

Sammanfattningsvis kan konstateras att valfrihetsreformerna har lett till bättre utfall men inte så dramatiska som förespråkarna hade föreställt sig.

Det finns även evidens för att spelplanen mellan privat och offentlig sjukvård är ojämn. Privata- och offentliga primärvårdscentraler tillåts i många fall inte att konkurrera på lika villkor. Det statliga konkurrensverket noterar i deras rapporter att mer än hälften av de offentliga primärvårdscentralerna går med förlust (Konkurrensverket 2012), något som privat sektor har svårt att göra under annat än kortare perioder. De förlustgående primärvårdscentralerna har troligen blivit subventionerad från andra delar av den skattefinansierade verksamheten (Blix och Jordahl 2021, s. 105).

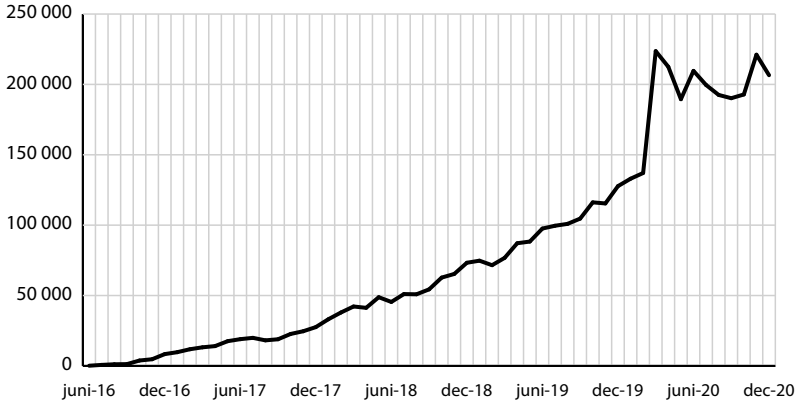
b) Innovationer som kan bidra till att avlasta sjukvården

Innovationer som leder till högre kvalitet och ökad produktivitet har varit nyckeln till det dramatiskt ökade ekonomiska välstånd sedan den industriella revolutionen. Utvecklingen drivs i huvudsak av privat sektor och vinstdrivande bolag men effekterna av landvinningarna kommer hela samhället till gagn.

Innovationer i sjukvården är ett stort tema och jag avgränsar mig därför till en av de större förändringarna som skett sedan 2016 – digitala vårdmöten. Privata vårdbolag har utvecklat en tjänst som nyttjar digitaliseringen för kontakt mellan vårdpersonal och patient. De digitala kontaktytorna har lett till såväl enklare som snabbare tillgång till sjukvård. Tekniken har funnits länge. Redan på 1990-talet utvecklade Glesbygdsmediciniskt centrum (GMC) i Storuman metoder för att hjälpa medborgarna på distans. Initiativet gjordes i offentlig regi och medförde att invånarna kunde undvika långa resor men ändå få många sjukvårdsbehov tillgodosedda.

Trots fördelarna med digital vård användes inte erfarenheterna från GMC utan det blev privata bolag som först lanserade tjänsten i juni 2016 (Blix och Jeansson 2018; 2019). Två år senare kom även digitala vårdmöten mot psykisk ohälsa (Blix och Dahlstrand 2021).

Diagram 9: **Antal digitala vårdbesök per månad.**



Källa: SKR. Anm.: Samtliga digitala vårdkontakter till Regionerna Sörmland och Jönköping inom ramen för den så kallade utomlänsersättningen. Digitala vårdkontakter som är inom samma region ingår inte, se Blix och Dahlstrand (2021).

Antalet besök var i början få men ökade i snabb takt, se Diagram 9. De uppgick till cirka 11 procent av alla besök i primärvården under 2020 (SKR 2021).

Digitala vårdmöten utgör inte bara ett exempel på en innovation som effektiviserar patientmötet. De bidrar även till en avsevärt högre tillgänglighet i primärvården, vilket bör kunna minska trycket på specialistsjukvården. Det kan ske på olika sätt:

- En mer tillgänglig primärvård minskar risken att initialt små vårdbehov ignoreras eller skjuts upp för att senare växa till att medföra en omfattande vårdinsats.
- För vissa diagnoser kan digitala vårdmöten leda till snabbare remisser i specialistsjukvården.

Trots att digital vård i primärvården inte har någon direkt koppling till privata sjukvårdsförsäkringar kan det därmed finnas *indirekta* effekter som har betydelse. En väl fungerande primärvård kan avlasta specialistsjukvården och exempelvis minska trycket på sjukhusens akutmottagningar. 7 Det är allmänt vedertaget att uppskjuten vård på grund av dålig tillgänglighet kan skapa stora kostnader och onödigt lidande för patienter.

Triagering och behandling på rätt vårdnivå är centralt för en bra och kostnadseffektiv sjukvård. Försäkringsbolagen anlitar en form av vårdkoordinatorer för privata försäkringspatienter, som kan var utbildade sjuksköterskor eller läkare. En försäkringspatient första kontakt sker via vårdkoordinatorn, antingen digitalt eller via telefon. I det mötet görs en bedömning av vårdbehovet (tria-

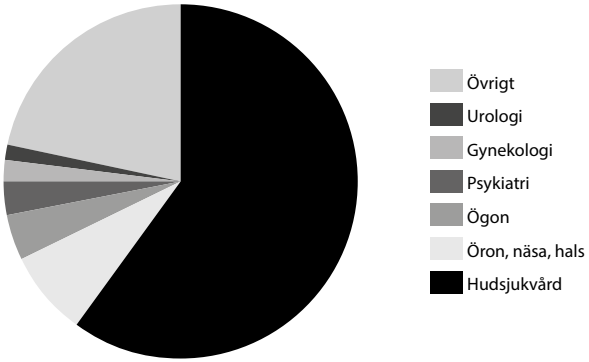
7) De vanligaste diagnoserna vid Kry under 2019 var Övre luftvägsinfektion, astma och allergi, ångest och depression, springmask, hudåkommor, övriga infektioner urinvägsinfektion (Blix och Farrokhnia 2020).

gering) och vårdplanering inleds. Koordinatorernas kärnuppgift är triagering och att slussa patienterna till rätt vårdnivå eller specialistmottagning.

En liknande effektiv bedömning utförs även av digitala vårdbolag (nätläkare) i den offentligt finansierade primärvården. För vissa diagnoser krävs inget fysiskt möte för att läkaren ska skriva en remiss till en specialistläkare, däribland för psykisk ohälsa, samt vissa hud- och ögonsjukdomar. Inom några vårdbolag finns dessutom specialistläkaren direkt tillgänglig. Allt detta gör att tiden från remiss till behandling kan reduceras, vilket är en viktig faktor (se även avsnitt 5).

Ett exempel är vårdbolaget Kry som under 2020 skickade drygt 10 000 remisser till olika specialister. Överlappningen med de områden som ofta täcks av privata sjukvårdsförsäkringar är betydande, se Diagram 10.

Diagram 10: **Andel remisser till olika specialister för Vårdbolaget Kry, 2020.**



Källa: Kry.

Vilken betydelse har detta för vårdköer i specialistsjukvården? Ett digitalt möte med läkare kan ofta genomföras med väntetider räknat i minuter snarare än dagar och veckor. Det leder till en snabbare hantering och mindre byråkrati ifall det blir nödvändigt med en remiss till specialistsjukvården. Därmed ökar även förutsättningarna att uppfylla vårdgarantin jämfört med om samma vårdbehov hade hanterats på ett annat sätt.

Digital vård kan i och för sig leda till att det blir *fler* remisser, dvs. att efterfrågan på vård ökar när tillgängligheten är större. En större efterfrågan kan i sin tur leda till ökade vårdköer. Men om en remiss är medicinskt motiverad torde det alltid vara en fördel att hanteringen är snabb jämfört med en mer byråkratisk hantering.

Innovationer och förbättrade arbetsmetoder som finns inom privata digitala vårdbolag och inom försäkringsbranschen kan kontrasteras med de trögheter som ofta karakteriserar den offentliga sjukvården. Ett exempel på långsam hantering av tekniska innovationer är elektroniska sjukvårdsjournaler (Blix och Levay 2018:6. s. 41–42). Redan i slutet av 1990-talet fanns i Region Uppsala förslag om att införa elektroniska journaler, men byråkrati och juridiska hinder ledde till att systemen kunde införas först *två decennier* senare.

> *Privat sektor bidrar till innovationer i sjukvården som spiller över och stärker verksamheter i offentlig regi.*

Inom den offentliga sjukvården finns högkvalificerad personal. Erfarenheterna kring digital vård visar dock hur viktigt det är med privata vårdbolag som är snabbare med att implementera nya metoder och teknologi. Privat sektor och försäkringsbolagen bidrar med systeminnovationer som stärker hela hälso- och sjukvården.

5. Undanträngning

a) Undanträngning för den enskilde?

Det är förhållandevis rättframt att jämföra vårdköer för olika huvudmän. Enligt uppgift från Svensk Försäkring (Vårdanalys 2020, s.7) får i princip alla försäkringspatienter ett första besök inom 3–7 dagar och en behandling inom 14–21 dagar. Det kan jämföras med den sedan år 2010 lagstadgade vårdgarantin i Sverige för offentligt finansierade patienter: Kontakt med sjukvården samma dag, bedömning av kvalificerad vårdpersonal inom 3 dagar, besök hos en specialist inom 90 dagar samt behandling av specialist inom 90 dagar (ibland förkortat till 0-3-90-90). Även utan statistik om väntetider ger formuleringen av vårdgarantin en fingervisning om att det handlar om två skilda världar med olika förutsättningar för tillgång till sjukvård.

> *Vårdgarantin: kontakt samma dag, kvalificerad bedömning inom 3 dagar, specialistbesök inom 90 dagar; behandling inom 90 dagar* (0-3-90-90)

Frågan om snabbare tillgång till sjukvård är dock *inte* samma sak som att offentligt finansierade patienter blir undanträngda. Undanträngning kan ske om privata försäkringspatienter tar resurser i anspråk som därmed inte kan användas av offentligt finansierade patienter. Det gäller exempelvis i situationer där det finns brist på vårdpersonal. Men om försäkringspatienter i stället *tillför* resurser som annars inte hade funnits sker i stället en form av avlastning av den offentliga vården.

Frågan om undanträngning finns i teorin men i grunden handlar det om data och utfall. Empiriska studier försvåras dock av att ingen patient är identiskt med en annan patient.

I ett försök att besvara frågan granskar Vårdanalys (2020) väntetider hos de vårdgivare som tar emot såväl försäkringspatienter som offentligt finansierade patienter. En slutsats i rapporten är att vårdgarantin för de offentligt finansierade patienterna inte alltid uppfylls, trots att de med privata sjukvårdsförsäkringar har fått snabbare tillgång till sjukvård.

Är det evidens för undanträngning? På ytan är det en enkel slutsats. En vårdgivare har avtal med olika huvudmän och i det ena fallet är väntetiden en faktor längre utan att det är medicinskt motiverat (Vårdanalys 2020). Det är dock viktigt att separera effekter för den enskilde med effekter på systemnivå för *alla* patienter. Jag börjar med att diskutera effekter för den enskilde och i nästa avsnitt (5.b) återkommer jag till den svårare men övergripande frågan om systemeffekter mellan privat och offentligt finansierad sjukvård.

Vad gäller effekter för den enskilde finner Vårdanalys följande andel som patienter som väntar *längre* än 90 dagar för ett förstabesök inom områden där det finns privata sjukvårdsförsäkringar:

- 4–8 procent i Region Stockholm;
- 9–32 procent i Region Västra Götaland;
- 7–32 procent i Region Skåne.

Det är analytiskt tilltalande att som Vårdanalys mäta utfall i förhållande till vårdgarantins långa tidsfrister. Det är trots allt löftet (eller ambitionsnivån) från offentlig sektor, och i vilken grad det uppfylls, som borde utgöra startpunkten för analysen.

Att mäta undanträngning genom hur många procent som uppfyller vårdgarantin är en generös måttstock. Mer naturligt är om en patient får vänta längre även om vårdgarantin är uppfylld och vilka effekterna är på systemnivå.

En aspekt är att vårdgarantin är en *generös* definition av undanträngning och avviker antagligen från den gängse uppfattningen hos befolkningen. En mer adekvat fråga är om en offentligt finansierade patient får vänta längre även i de fall där vårdgarantin är uppfylld.

För patienten lär det nämligen spela störst roll hur lång den *faktiska* väntetiden är för varje enskilt besök och den samlade tiden från symtom till behandling. Det kan illustreras med följande tankeexperiment. Låt oss anta att en offentligt finansierad patient får vänta 1 dag ytterligare på första möte med en specialist (dvs. en mindre undanträngning) men i två olika kösituationer:

1) Kötiden är 10 dagar
2) Kötiden är 88 dagar.

I båda fallen är vårdgarantin uppfylld men det är frågan om två helt skilda patientupplevelser. Det är först vid långa väntetider (som i alternativ 2) som tilliten till det offentliga riskerar att eroderas.

Frågan om det sker en undanträngning eller om sjukvården tillförs ytterligare resurser bör analyseras vidare. *Varför* är väntetiderna år efter år, decennium efter decennium, så långa? Till detta kommer även följdfrågan: skulle köerna vara kortare om det helt saknades privata försäkringar?

Kortare vårdköer utan privata sjukvårdsförsäkringar?

Ruta 1: SKRs Väntetidsdatabas

Sveriges Regioners och Kommuners (SKR) tillhandahåller en databas för väntetider i sjukvården, i såväl primär- som i specialistvården. Den är till stor del utformad för att mäta graden av måluppfyllelse för vårdgarantin.

Det som framför allt ingår i databasen är andelen patienter som har väntat som mest:

- 30 dagar;
- 60 dagar;
- 90 dagar;
- Samt medianväntetiden.

Vårdgarantin mäts främst genom att analysera andelen patienter som passerar olika brytpunkter och framför allt de som väntat längre än 90 dagar. Vårdgarantin är ett enkelt sätt att formulera ett tillgänglighetsmål, men har flera kända brister. Exempelvis ingår inte patientens *totala väntetid* från att vårdbehovet uppstår till behandling och patienternas upplevda väntetid kan vara längre (Vårdanalys 2015). Statistikens kvalitet är också osäker. Regionerna rapporterar utfall månadsvis men det är oklart om deras rutiner är förenliga med ambitionsnivån. Ett exempel är när andelen patienter i kön inte ändras mellan två rapporteringstillfällen. Inom perioden januari–juni 2021 för fem olika specialistområden (hud, ortopedi, urologi, ögon samt öron-näsa-hals) fanns totalt 30 tillfällen då andelen patienter som väntat mindre än 30 dagar var *oförändrad* mellan två månader inom en region.8 Det är visserligen inte omöjligt att så kan ske men tämligen osannolikt. Det är mer troligt ett tecken på att statistiken inte uppdaterats i tid till rapporteringen. Från andra områden finns insikter om att det kan vara problematiskt att samma aktör har ansvar både för utförandet och att mäta måluppfyllelse. Risken är uppenbar att statistikkvalitén försämras och blir skönmålande.9

8) Exempelvis: för Region Skåne är det 33 procent som har väntat maximalt 30 dagar för genomfört första besök inom öron-näsa-hals i såväl april som maj 2021. I en region som utgör 13 procent av Sveriges befolkning är det inte sannolikt att andelen som väntar är oförändrad mellan två månader.

9) En motsvarande situation på ett annat område vore om Riksbanken, och inte SCB, publicerade konsumentprisindex – samtidigt som måttet utgör ett huvudmål för centralbankens verksamhet.

Det är sällan enkelt att besvara kontrafaktiska frågor men det går att särskilja specifika frågor som kan vägleda analysen:

- Är det troligt att försäkringspatienter har en inverkan på offentlig sjukvård för behandlingar och operationer som är *utanför* försäkringarnas täckningsområde?
- Kan privata sjukvårdsförsäkringar påverka vårdköerna i regioner där sjukvården huvudsakligen är offentligt finansierad?
- Vad är förklaringarna till den stora variationen i vårdgarantins måluppfyllelse mellan regionerna, för vårdområden som ingår i försäkringarna?
- Varför har Region Stockholm med *störst* omfattning av privata sjukvårdsförsäkringar bland de *kortaste* köerna i snitt, inklusive de behandlingar som ofta omfattas av försäkringarna?

Jag diskuterar dessa frågor i tur och ordning, främst genom att använda den databas om väntetider som SKR tillhandahåller (se Ruta 1).

b) Undanträngning på systemnivå?

Privata sjukvårdsförsäkringar utgör cirka 1 procent av samtliga operationer i specialistsjukvården enligt data från 2018. Kan en så liten andel ha annat än en marginell betydelse för vårdköerna? Det finns exempel på områden där en förhållandevis liten händelse kan ha systemeffekter. I en storstad med tät trafik kan ett fordonshaveri skapa omfattande följdeffekter, som dessutom kan fortgå en lång tid. Särskilt i en situation med omfattande köer eller slimmade produktionskedjor kan en liten händelse generera hävstångseffekter som har långtgående effekter. Under 2021 har

det exempelvis uppstått flaskhalsar i globala produktionskedjor när bl.a. många transportfartyg tvingas vänta utanför hamnar samtidigt som det finns brist i tillgängliga lastbilschaufförer.

De ganska speciella omständigheter som krävs för att det ska uppstå hävstångseffekter saknas dock i svensk sjukvård. För det första har köerna varit en systemegenskap i flera årtionden *innan* privata sjukvårdsförsäkringar började växa i omfattning under 1990-talet. För det andra hanteras köer till specialister separat för varje område. Och slutligen saknas möjlighet att teckna privat sjukvårdsförsäkringar inom den absoluta merparten av sjukvården – allt från primärvård och akutvård till de flesta former av cancer behandlas enbart i de skattefinansierade verksamheterna.

Det är nästan självklart men behöver ändå konstateras. Långa väntetider i svensk specialistsjukvård är en systemegenskap som funnits åtminstone inom dagens organisatoriska form sedan 1970-talet.

> *Köer i svensk sjukvård är en systemegenskap som fanns långt innan privata sjukvårdsförsäkringar började öka.*

Köer har även varit ett återkommande tema i flera utredningar och har motiverat olika reformer på nationell nivå, som exempelvis den så kallade *kömiljarden* som lanserats i olika skepnader (2009, 2019). Den så kallade Ansvarskommittén (2003–7) var en parlamentarisk utredning som tillsattes för att lämna förslag på statens styrning på regional nivå, där just sjukvården var en av de viktigaste frågorna (SOU 2007:10).

Faktorer som förklarar graden av måluppfyllelse enligt Vårdanalys (2015)

Principiellt uppstår köer när inflödet är större än utflödet. I en kvantitativ analys undersöker Vårdanalys (2015) effekten på uppfyllandet av vårdgarantin från en mängd faktorer som inkluderar efterfrågan på sjukvård, teknologi och produktionskapacitet. Den kvantitativa analysen är i två delar: vad som förklarar måluppfyllelse för nybesök hos specialist samt för genomförda operationer.

Vad gäller för *nybesök hos specialist* understryker Vårdanalys (2015, s.175) att måluppfyllelsen i termer av minskad väntetid förbättras av måttet på antalet besök per specialistläkare, dvs. läkarnas produktivitet, köp av vård från andra regioner samt antalet läkare per 100 000 invånare. Skattningarna är dock känsliga för vilka variabler som ingår och så även den statistiska signifikansen. Köp av sjukvård från privat sektor har exempelvis två-tre gånger mer positiv effekt än antal läkare per invånare, men skattningen är inte signifikant. Om den skattningen ska tolkas bokstavligen innebär det att omfattningen av privat vård är viktigare för måluppfyllelsen än antalet läkare. Det som är mest slående är dock effekten från den korrigerade nettokostnaden som har en *kraftigt* negativ påverkan på måluppfyllelsen och som dessutom är statistiskt signifikant. Rent mekaniskt innebär det att *mindre resurser förbättrar* måluppfyllelsen, något som Vårdanalys (2015, s.175) tolkar som att det går att ”uppfylla vårdgarantin i större utsträckning även med mindre ekonomiska resurser.” Slutsatsen att det går att uppnå bättre resultat med befintliga resurser är även i linje med andra studier. Rådet för främjande av kommunala analyser finner inget generellt samband mellan stukturjusterade kostnader (utifrån demografi och vårdtyngd) och vårdvolymer (RKA 2021). Det finns även internationella studier som pekar i samma riktning, se Ruta 2: En jämförelse av effektivitet i offentlig sektor i olika länder 2009–13.

Vad gäller för *operation hos specialist* finner Vårdanalys (2015, s. 178) att följande faktorer förbättrar måluppfyllelsen: köp av vård från andra landsting (regioner), resurser i termer av antal vårdplatser samt produktivitet. Även för operationer har nettokostnader en kraftigt negativ effekt på måluppfyllelsen. Dessutom är den statistiskt signifikant. Det är även noterbart att köp av privat vård har en positiv och signifikant effekt på graden av måluppfyllelse i två av fyra regressioner som redovisas.

De samlade slutsatserna enligt Vårdanalys är att uppfyllelsen av vårdgarantin förbättras av:

- Högre produktivitet;
- Större personella, men inte ekonomiska, resurser;
- När mer vård köps från andra regioner;

Samtidigt drar Vårdanalys slutsatsen att befolkningsstruktur och vårdbehov inte är avgörande för måluppfyllelsen. Till detta tillkommer en aspekt som inte får ett särskilt omnämnande i rapporten: trots att köp av privat vård sker i ringa omfattning har den en signifikant positiv effekt på måluppfyllelsen, en effekt som antagligen skulle vara större om Region Stockholm viktades med sin befolkningsandel.

Systemeffekter viktigare än enskilda effekter

Effekterna på *systemnivå* handlar ytterst om samspelet mellan offentligt finansierad vård utförd av *privata* eller offentliga aktörer samt med helt privat finansierade patienter. En analys av enskilda exempel (avsnitt 5.a. ovan) ger ingen adekvat information om man skulle genomföra tankeexperimentet att all privat finansiering av sjukvård i stället skulle ske genom offentlig finansiering (förbud eller konfiskation). Skulle vårdköerna i Sverige i så fall bli kortare?

Frågan är hypotetisk, men det finns vissa insikter från internationella jämförelser (se Ruta 2 nedan). Det är värt att poängtera att regressionerna i Vårdanalys (2015) av lättförståeliga skäl granskar effekterna av *partiella* förändringar av olika variabler *givet* att de institutionella förhållandena i grunden är oförändrade. Om de faktorer som Vårdanalys lyfter fram som positiva för måluppfyllelsen stämmer blir det svårt för regionerna att förbättra sjukvården i avsaknaden av organisatoriska förändringar. Antalet läkare är exempelvis inte en faktor som är enkel att påverka på kort sikt. Därtill är produktiviteten en totaleffekt av allt som påverkar resultaten. Eftersom köp av vård har en positiv effekt för utförda operationer, om än inte särskilt stor, skulle minskad privat finansierad vård rent mekaniskt leda till lägre måluppfyllelse enligt skattningarna i rapporten. Risken är därför överhängande att vårdköerna snarare skulle förvärras jämfört med dagens situation om privata sjukvårdspatienter skulle överföras till offentlig regi.

Utan privata vårdförsäkringar skulle antalet läkare eller produktiviteten behöva öka för att inte vårdköerna skulle förvärras.

Ruta 2. En jämförelse av effektivitet i offentlig sektor i olika länder 2009–13.

Med kvantitativa metoder går det att jämföra hur mycket resurser som krävs för att producera en tjänst (för en översikt, se Blix 2013 samt Blix och Jordahl 2021).

I Tabell 9 sammanfattas exempelvis en studie som mäter effektiviteten i offentliga sektor och som därmed inkluderar samtliga välfärdstjänster. Sverige placeras bland de länder som har goda prestationer för offentlig sektor men med låg effektivitet. Resultatet kommer från att jämföra vad ett land åstadkommer olika delar i välfärden. Även om det inte saknas mätproblem och statistisk osäkerhet som försvårar tolkningen är resultatet för Sverige liknande från andra studier.

Tabell 9. Prestation i offentlig sektor och effektivitet 2009–13.

	Låg effektivitet	Hög effektivitet
Låg prestation	Danmark, Finland, Grekland, Italien, Portugal, Spanien	Irland, Japan, USA
Hög prestation	Frankrike, Sverige	Kanada, Luxemburg, Nederländerna, Norge, Schweiz, Storbritannien, Tyskland, Österrike

Källa: Afonso och Kazemi (2017, s. 19).

En del i den låga effektiviteten i Sverige är en spegelbild av de långa köerna i specialistsjukvården. Den övergripande slutsatsen kan sammanfattas som att: ”Sverige skulle kunna förbättra utfallen [i välfärden] antingen genom att ha en lägre nivå på utgifter men med samma resultat alternativt uppnå bättre utfall till samma nivå på utgifter [fritt översatt].” – Blix och Jordahl (2021).

c) Effekten av offentligt finansierad sjukvård av privata vårdgivare

För landet som helhet har vårdköerna under 2020–21 givetvis påverkats av pandemin men effekten borde vara någorlunda lika över landet: planerad med icke-akut vård har skjutits upp och sannolikt har även färre personer sökt vård för att inte utsätta sig för ökad smittorisk.

Offentligt finansierad specialistsjukvård utförd av privata vårdgivare utgör cirka 6 procent av all specialistvård i Sverige 2020.10 I den siffran exkluderas privata sjukvårdsförsäkringar. I Tabell 10 framgår det att offentligt finansierad sjukvård av privat vårdgivare som regel är snabbare i riket som helhet. Medianväntetiden för ett första besök i specialistsjukvården är exempelvis 21 dagar för privat vård jämfört med 31 dagar för offentliga vårdaktörer under 2021. För Region Stockholm är däremot privata vårdgivare något långsammare än de offentliga. Om privata vårdförsäkringar trängde undan offentligt finansierade patienter i Region Stockholm borde väntetider i privat regi skilja sig mellan Stockholm och övriga landet. Från Tabell 10 framgår dock att skillnaden är marginell i jämförelse med andra variationer mellan regionerna.

> *En marginell skillnad i väntetider från privata utförare mellan Region Stockholm och övriga landet talar emot hypotesen att vårdförsäkringar leder till undanträngning på systemnivå.*

---

10) Statistiska centralbyrån publiceras siffror för regioners köp av specialiserad somatisk vård, vilket kan jämföras med regionernas egen totala kostnad för somatisk vård. För en diskussion om beräkningen, se Blix och Jordahl 2021.

Den största skillnaden i vårdköer är mellan Stockholm och övriga regioner. Intuitionen kanske säger att Region Stockholm har fördel av att ha stora volymer och ett stort antal läkare, vilket kan öka möjligheten till specialisering och skalfördelar. Vårdanalys (2015) inkluderar antalet läkare i förhållande till befolkningen men det kan finnas skalfördelar som inte fångas upp med detta mått.

Att det finns skaleffekter i specialistsjukvården är troligt. Det är dock inte säkert att Region Stockholms kortare vårdtider förklaras av stora volymer och därmed förknippade skalfördelar. Det är minst lika sannolikt att regioner med litet befolkningsunderlag har det motsatta problemet – *nackdelar* av låga volymer: att vissa regioner är för små för att det ska vara kostnadseffektivt att utföra delar av specialistsjukvården.

> *Långa vårdköer i vissa regioner kan uppstå när volymerna är för små i förhållande till fasta kostnader.*

Att köerna i Region Stockholm i regel är kortare för de flesta vårdområden är noterbart av andra skäl än bara storleken. Regionen har *mer* privat specialistvård och fler försäkringspatienter än övriga landet.

Enbart utifrån dessa siffror går det förstås inte att ta ställning till om specialistsjukvården i Region Stockholm i de delar som omfattar försäkringar hade varit annorlunda om privata sjukvårdsförsäkringar hade saknats.11 Vårdanalys (2021) pekar på att det finns flera metodologiska svårigheter.

---

11) Rent statistiskt är det dock intressant att jämföra andelen patienter i kön med medianväntetiderna. Eftersom mediantiden är det mått som fördelar vårdkön i två lika delar är det tydligt att även för offentlig vård är det många patienter som får hjälp relativt snabbt. Det som försämrar måttet ”Patienter som har väntat kortare än 30 dagar” är rimligen att det finns en hel del patienter som får vänta ganska lång tid på hjälp.

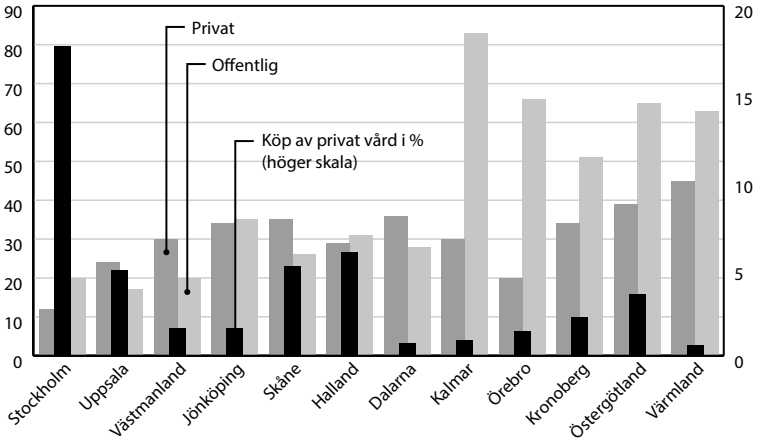
***Tabell 10.* All offentligt finansierad specialistvård i samtliga regioner 2021.**

	Alla regioner		Stockholm	
	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat
Första besök specialistvården				
Antal genomförda besök*	108 736	43 530	7 044	35 096
Patienter som har väntat kortare än 30 dagar i %	50	64	78	67
Medianväntetid i dagar	31	21	12	20
Operation eller behandling i specialistvården				
Antal genomförda operationer*	43 139	20 040	5 982	17 892
Patienter som har väntat kortare än 30 dagar i %	56	62	75	65
Medianväntetid i dagar	27	24	23	22

*Källor: SKR väntetidsdatabas. Anm.: * Månadsgenomsnitt 2021 jan-dec.*

En viss skillnad i välfärdsutfall är oundviklig inom ramen för ett system med självständiga regioner eller kommuner. Lagen ställer emellertid krav på att vården ska vara likvärdig i hela landet. I verkligheten är skillnaderna dock stora i termer av sjukvårdens tillgänglighet, kvalitet och längden på vårdköer. Det framgår exempelvis från Diagram 11 att det finns betydande skillnader i väntetider mellan regionerna. Diagrammet visar medianväntetider i antal dagar för de 12 regionerna där data för både offentlig och privat regi särredovisas.

Diagram 11. **Medianväntetid i dagar för ett första besök i specialistvården 2021, samt köp av privat vård i %.**



Källor: SKR väntetidsdatabas och SCB. Anm.: Baserade på genomsnitt för data jan-dec 2021. Endast regioner som har både privat och offentlig medianväntetid från väntetidsdatabasen ingår i diagrammet. Följande regioner utgår därför: Blekinge, Gävleborg, Gotland, Jämtland, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västernorrland samt VGR. Andelen köp av privat somatisk vård mäts som andel av total egen kostnad.

Det går att se från diagrammet att det finns en indikation på samband mellan andelen köp av privat vård och längden på vårdköerna: ju högre andel regionernas köp av privat vård, desto kortare är vårdköerna. Den negativa korrelationen är särskilt stark mellan andelen privat vård och kötid för vård i offentlig regi, knappt *minus* 70 procent. En betydande del av det sambandet beror på Region Stockholm, som har högst andel privat somatisk vård och samtidigt flest försäkringspatienter; om Region Stockholm exkluderas i beräkningen är sambandet något lägre, cirka *minus* 23 procent.

Som bekant är korrelation inte samma sak som ett orsakssamband. Det kan förstås finnas många andra skäl till att Region

Stockholm har kortare vårdköer. En möjlighet är att regionen satsar mer resurser på specialistsjukvården men resultaten i Vårdanalys (2015) talar emot detta (se avsnitt 5a ovan). Snarare indikerar studien från Vårdanalys att ökade nettokostnader är negativt för måluppfyllelsen.

> *Ju högre andel köp av privat sjukvård, desto kortare är vårdköerna. Resultatet kan inte förklaras av mer resurser.*

Sambandet kvarstår om samtliga regioner inkluderas, men då utan att kunna särredovisa privat och offentlig regi. I Tabell 11 är regionerna listade efter medianväntetiden för ett första besök i den specialiserade somatiska vården för samtlig offentligfinansierad vård. Det framgår att Region Stockholm har kortast väntetider och samtidigt högst andel köp av privat vård. I själva verket har Region Stockholm cirka tre gånger så hög andel privat vård som Region Halland, den region som har näst störst andel. Det finns även några regioner som har låg andel privat vård men ändå har bland de kortare vårdköerna under 2021, däribland Region Örebro.

Tabell 11. Medianväntetid första besök och köp av privat sjukvård.

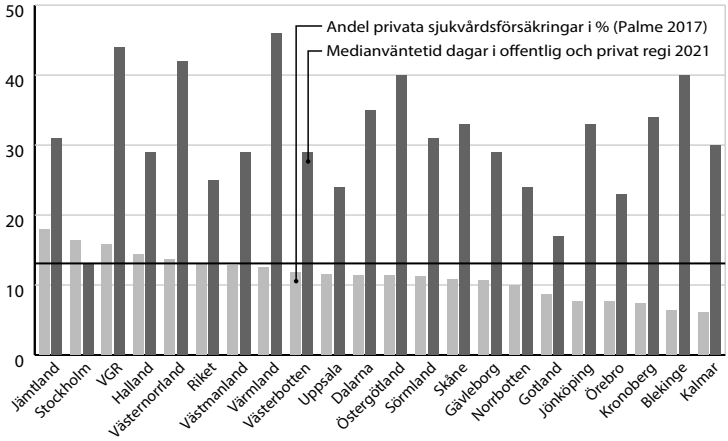
	Medianväntetid i dagar, offentlig och privat 2021	Köp av specialiserad somatisk vård, % av egen kostnad, 2020	Befolknings-andel i %, 2021
Stockholm	13	17,7	23
Gotland	17	0,0	1
Örebro	23	1,4	3
Uppsala	24	4,9	4
Norrbotten	24	1,7	2
Riket	25	5,9	
Västmanland	29	1,6	3
Halland	29	5,9	3
Gävleborg	29	0,8	3
Västerbotten	29	0,2	3
Kalmar	30	0,9	2
Jämtland	31	0,4	1
Sörmland	31	1,0	3
Jönköping	33	1,6	4
Skåne	33	5,1	13
Kronoberg	34	2,2	2
Dalarna	35	0,7	3
Blekinge	40	0,3	2
Östergötland	40	3,5	5
Västernorrland	42	0,5	2
VGR	44	2,9	16,7
Värmland	46	0,6	3

Källor: Väntetidsdatabasen och SCB. Anm.: Medianväntetider baserat på snitt av data från jan-dec 2021.

Går det att säga något mer om försäkringspatienter har en påverkan på köerna i specialistsjukvården? Data för andelen personer inom en region som har privata sjukvårdsförsäkringar finns redovisade i Palme (2017). Det mest rättframma vore att jämföra denna andel med vårdköerna för samma år, men den datan är inte enkelt tillgänglig i väntetidsdatabasen. Vi kan dock jämföra andelen försäkrade med de senaste siffrorna för medianväntetider. Under antagandet att andelen försäkrade inom en region förändras långsamt över tiden kan det ge en ungefärlig bild av utvecklingen.

Det framgår från Diagram 12 att Jämtland, Stockholm och Västra Götaland (VGR) är de regioner med störst andel försäkringspatienter. Det framgår även att Region Stockholm har störst andel försäkringspatienter men de kortaste sjukvårdsköerna för samt-

Diagram 12. **Andel privata sjukvårdsförsäkringar och medianväntetid**



Källa: Palme (2017, s.14) för andelen privata sjukvårdsförsäkringar samt Tabell 11 för medianväntetider.

liga områden under 2021. Samtidigt har VGR bland de längsta väntetiderna och en ganska stor andel försäkringspatienter. En mekanisk beräkning av korrelationen mellan andelen privata vårdförsäkringar och medianväntetider är i stort sett noll.

Medianväntetiden kan ha påverkats av pandemin. Hur ser det ut längre tillbaka i tiden? I Tabell 12 listas regioner i fallande ordning i förhållande till andelen privata sjukvårdsförsäkringar. Det finns regioner som har långa köer (mätt som låg andel av måluppfyllelse) men samtidigt hög andel privata sjukvårdsförsäkringar (som Jämtland). Men även motsatsen finns, dvs. en hög andel försäkringar och korta köer (som Stockholm och Halland).

Det finns inget tydligt samband i Tabell 12 mellan andelen privata sjukvårdsförsäkringar och graden av måluppfyllelse för offentligt finansierad sjukvård (korrelationen är -0,09). Bilden blir dock en annan om vi tar hänsyn till befolkningsstorleken för respektive region (sista kolumnen i Tabell 12). Resultatet av denna beräkning visas i Diagram 13. Det framgår att drygt 50 procent av Sveriges befolkning tillhör en region som har *hög* andel privata sjukvårdsförsäkringar och *korta* sjukvårdsköer (blå markering). Men nästan en fjärdedel av befolkningen tillhör regioner med få sjukvårdsförsäkringar *och* korta vårdköer (grön markering).

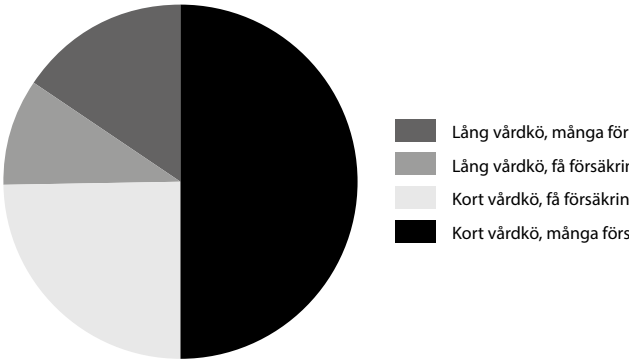
> *Det framgår att drygt 50 procent av Sveriges befolkning tillhör en region som har både hög andel privata sjukvårdsförsäkringar och korta sjukvårdsköer. Det saknas evidens för att sjukvårdsförsäkringar på systemnivå har en negativ inverkan på vårdköerna, om något är det tvärtom.*

Tabell 12. Andel privata sjukvårdsförsäkringar, andel sjukvård inom 90 dagar och befolkningsstorlek i procent, 2017–20.

Region	Andel privata sjukvårdsförsäk	Andel vård inom 90 dagar	Befolknings-andel i %
Jämtland	17,9	77,7	1,3
Stockholm	16,3	96,6	23
VGR	15,8	84,8	16,7
Halland	14,3	90,0	3,2
Västernorrland	13,7	74,5	2,4
Västmanland	12,8	86,2	2,7
Värmland	12,5	74,8	2,7
Västerbotten	11,8	79,1	2,6
Uppsala	11,5	83,1	3,7
Dalarna	11,4	82,3	2,8
Östergötland	11,4	92,4	4,5
Sörmland	11,2	83,1	2,9
Skåne	10,8	85,1	13,4
Gävleborg	10,7	84,6	2,8
Norrbotten	9,9	73,5	2,4
Gotland	8,6	88,1	0,6
Jönköping	7,6	89,4	3,5
Örebro	7,6	86,3	2,9
Kronoberg	7,3	89,2	1,9
Blekinge	6,3	79,5	1,5
Kalmar	6,1	88,8	2,4

Källor: Palme (2017. S.14); Vården i siffror; SCB. Anm.: Andel vård inom 90 dagar gäller ett genomsnitt för första genomförda besök under 2017–20 inom följande vårdområden: allmänkirurgisk, allmän psykiatrisk, cancer, gynekologisk, hjärta, lunga, kirurgisk, medicinisk, ögon, ortopedisk, reumatologisk, och specialiserad.

Diagram 13. **Andelar av Sveriges befolkning fördelat efter sjukvårdskö och omfattningen av privata sjukvårds-försäkringar, 2017–20.**



Källor: som i Tabell 12. Anm. Egna beräkningar. Kort vårdkö antas vara utfall under medianvärdet i Tabell 12 (84,7 procent) och få försäkringar antas vara under medianvärdet (11,4 procent). Kort vårdkö, fler försäkringar: Stockholm, VGR, Halland, Västmanland, Östergötland; kort vårdkö, få försäkringar: Skåne, Gotland, Jönköping, Örebro, Kronoberg, Kalmar; lång vårdkö, få försäkringar: Sörmland, Gävleborg, Norrbotten, Blekinge; lång vårdkö, fler försäkringar: Jämtland, Västernorrland, Värmland, Västerbotten, Uppsala, Dalarna.

Den övergripande slutsatsen är att det saknas evidens för att sjukvårdsförsäkringar på systemnivå har en negativ inverkan på vårdköerna, om något är det tvärtom.

d) Variationen i vårdgarantins måluppfyllelse för områden som ingår försäkringarna beror på faktorer orelaterade till försäkringarna.

Hittills har fokus varit på samtlig sjukvård men försäkringar täcker enbart några få områden. Det är därför av intresse att särgranska de vårdområden som ofta förekommer i privata sjukvårdsförsäkringar. Går det då att finna några samband mellan sjukvårdsköer och förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar?

I Tabell 13 visas medianväntetider för första besök samt genomförd behandling inom områden som kan förekomma i privata sjukvårdsförsäkringar. För vissa regioner saknas ännu data om väntetid för genomförd behandling.

***Tabell 13.* Medianväntetider i dagar, utvalda delar av specialistsjukvården. 2021.**

	Hud-sjukvård		Ortopedi		Urologi		Ögon-sjukvård		Öron-näsa-hals	
	F.b.*	B.**	F.b.	B.	F.b.	B.	F.b.	B.	F.b.	B.
Alla regioner	32	26	30	20	24	22	31	30	29	25
Blekinge	56	42	53	13	70	20	56	23	62	15
Dalarna	16		51	74	27	60	61	68	43	36
Gävleborg	3		53	56	23		72	70	39	46
Gotland	41		43	16	53	38	20	48	22	15
Halland	39	42	35	20	30	33	27	46	25	18
Jämtland	38		67	19	27		50	65	19	35
Jönköping	59		38	46	43	20	33	30	25	47
Kalmar	36		25	17	25	63	26	47	37	32
Kronoberg	42		39	4	26	21	34	31	27	37
Norrbotten	37	29	42	13	21	20	41	56	27	10
Örebro	45	43	50	17	26	25	57	43	47	16
Östergötland	61		72	69	27	24	68	83	47	39
Skåne	24		30	119	22	31	55	57	40	51
Sörmland	41		37	103	20	46	40	74	27	35
Stockholm	31	24	15	12	16	18	15	26	24	14
Uppsala	41	98	49	51	32	42	22	24	29	35
Värmland	50		72	22	24	43	95	122	36	51
Västerbotten	24	44	59	73	14	34	81	35	34	35
Västernorrland	35		58	43	28	31	76	87	51	36
Västmanland	33		31	7	39	18	37	30	46	22
VGR	36		58	39	26	28	61	38	39	46

** Första besöket ** Behandling*
Källa: Väntetidsdatabasen. Anm. Genomsnitt av data från jan-dec 2021. Öppen- och sluten vård. All regi och alla kontakter. Första besök avser mediantid för första besök hos specialist; Behandling avser mediantid till behandling. Att jämföra med de två sista siffrorna i vårdgarantin (0-3-90-90).

Det framgår att Region Stockholm har bland de kortaste sjukvårdsköerna i Sverige även inom områden där det finns privata sjukvårdsförsäkringar

I Tabell 14 redovisas en ranking i termer av stigande väntetider från 1–21 där 1 är bäst, 2 näst-bäst osv. Rankingen är konstruerad genom att sortera regionerna efter antalet dagar medianväntetid för ett första besök i specialistsjukvården redovisade i Tabell 13. Det framgår att Region Stockholm har bland de kortaste köerna även för de områden där det finns privata sjukvårdsförsäkringar jämfört med övriga landet. På fyra av fem områden är Region Stockholm bland de tre regioner med kortast vårdköer.

Finns det något samband mellan andelen privata sjukvårdsförsäkringar och väntetider? Region Stockholm har genomgående bland de kortaste medianväntetiderna samtidigt som andelen privata sjukvårdsförsäkringar är näst störst. I likhet med väntetider för all vård har VGR bland de längre väntetiderna och en hög andel privata vårdförsäkringar. Region Blekinge har låg andel privata sjukvårdsförsäkringar och bland de längsta sjukvårdsköerna. Det är svårt att dra någon annan slutsats än att de långa väntetiderna i många regioner inte har något samband med andelen privata sjukvårdsförsäkringar.

Frågan om privata sjukvårdsförsäkringar inverkan på vårdköerna är ett sidospår i analysen.

Vi kan dock ta analysen ett steg längre. Från väntetidsdatabasen går det även att närmare granska variationen i utfall mellan regioner och områden. Det framgår från Tabell 15 att den är påfallande stor. I Region Gävleborg är exempelvis medianväntetiden för hudvård 3 dagar, men i Östergötland 61 dagar; för ögonsjukvård är medianväntetiden 15 dagar i Region Stockholm men 95 dagar i

Tabell 14. Rank (1–21) för regioner baserat på längden av medianväntetid 2021 för ett första möte i specialistsjukvården.

Region	Hudsjuk-vård	Ortopedi	Urologi	Ögonsjuk-vård	Öron-näsa-hals
Alla regioner	6	4	7	6	10
Blekinge	20	16	22	14	22
Dalarna	2	14	13	16	17
Gävleborg	1	15	6	19	14
Gotland	16	11	21	2	2
Halland	13	6	17	5	5
Jämtland	12	20	14	12	1
Jönköping	21	8	20	7	4
Kalmar	9	2	9	4	13
Kronoberg	17	9	11	8	6
Norrbotten	11	10	4	11	7
Örebro	18	13	10	15	19
Östergötland	22	22	15	18	20
Skåne	4	3	5	13	16
Sörmland	14	7	3	10	8
Stockholm	5	1	2	1	3
Uppsala	15	12	18	3	9
Värmland	19	21	8	22	12
Västerbotten	3	19	1	21	11
Västernorrland	8	17	16	20	21
Västmanland	7	5	19	9	18
VGR	10	18	12	17	15

Källa. SKR:s väntetidsdatabas för snitt över jan-dec 2021. Anm.: Mediantiden för antalet dagar till första besök hos specialist samt till behandling är summerade. På basis av summan ranks regionerna där Rank 1 ges till regionen med kortast kötid osv. Se Tabell 12 för mediantider som används för tabellen.

Region Värmland. Med ett visst förbehåll för pandemieffekter är det tydligt att frågan om privata sjukvårdsförsäkringar inverkan på vårdköerna är ett sidospår. Region Blekinge har två bottennoteringar medan Stockholm har två toppnoteringar. Sjukvårdens problem beror på andra sedan länge kända strukturproblem i organisation och styrning.

***Tabell 15.* Översiktlig statistik över medianväntetider i dagar 2020–21. Första genomförda möte. Urval från samtliga regioner.**

Område	Minimum	Genomsnitt	Maximum	Bäst	Sämst
Hudsjukvård	3	37	61	Gävleborg	Östergötland
Ortopedi	15	46	72	Stockholm	Värmland
Urologi	14	29	70	Västerbotten	Blekinge
Ögonsjukvård	15	48	95	Stockholm	Värmland
Öron-näsa-hals	19	35	62	Jämtland	Blekinge

Källa: SKR väntetidsdatabas samt egen bearbetning.

6. Sammanfattning och slutsatser

1990-talskrisen blev startskottet för efterfrågan på privata sjukvårdsförsäkringar

Utvecklingen mot fler privata sjukvårdsförsäkringar har inte några formella beröringspunkter med omstöpningen av den offentligt finansierade välfärdsmodellen. Däremot finns det flera gemensamma nämnare kring orsakerna. Den svenska modellen fick allt svårare att leverera välfärdstjänster under 1980-talet. Inte minst vårdköerna hade länge varit ett tillgänglighets- och legitimitetsproblem.

Vad gäller svensk arbetsmarknad gick utvecklingen från full sysselsättning under 1980-talet till hög arbetslöshet och sjukfrånvaro under 1990-talet, på nivåer som var många gånger högre än i omvärlden. Utvecklingen innebar att generositeten och omfattningen av transfereringssystemet stresstestades på ett sätt som inte hade varit fallet tidigare. När den statsfinansiella krisen blev akut, och förtroendet för svensk ekonomi ifrågasattes, genomfördes en mängd reformer, däribland privatisering av välfärdstjänster och ändrade mandat till offentliga institutioner. En del i att minska statens kostnadskostym var att föra över delar av sjuklöneansvaret på arbetsgivare, vilket skedde i januari 1992 av regeringen Bildt.

Därmed skapade 1990-tals krisen flera drivkrafter som blev startskottet på en ökad efterfrågan på privata sjukvårdsförsäkringar: företagens ökade kostnadsansvar i kombination med hög sjukfrånvaro och långa vårdköer till specialistsjukvården. Det är

svårt att tänka sig att privata sjukvårdsförsäkringar skulle blivit populära i en situation *utan* omfattande sjukskrivningar eller långa sjukvårdsköer.

Den samhällsekonomiska betydelsen av privata sjukvårdsförsäkringar

De teoretiska problemen med privata sjukvårdsförsäkringar är sedan länge välkända: potentialen för så kallad *moral hazard* eller *cream skimming*. Att problemen kan förekomma är okontroversiellt men ibland betonas dessa aspekter *utan* hänvisning till empirisk analys. Individer och företags val påverkas av flera faktorer, som institutionerna, de juridiska- och etiska ramverken samt av ekonomiska styrmedel. Många företag som tecknar privata sjukvårdsförsäkringar har få anställda och är sårbara om nyckelpersoner blir sjukskrivna.

Sjukvårdsköerna i Sverige har funnits i decennier. Utmaningarna handlar om organisation, ledarskap och styrning. I en rapport från Vårdanalys framkommer mer konkret att vårdköernas blir kortare ju högre läkarnas produktivitet är, ju mer vård som regionerna köper från privata bolag samt antalet läkare i förhållande till befolkningen.

De huvudsakliga slutsatserna från den empiriska genomgången och andra studier är:

- Drygt hälften av befolkningen tillhör en region som har såväl korta sjukvårdsköer som hög andel privata sjukvårdsförsäkringar. Vårdköerna är kortast i Region Stockholm som har näst störst andel av de sysselsatta som omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar.
- Studier pekar på att de relativt korta vårdköerna i Region Stockholm *inte* förklaras av högre vårdkonsumtion och

höga nettokostnader jämfört med övriga landet. Rådet för främjandet av kommunala analyser och Vårdanalys finner om något att sambandet mellan kostnader och vårdvolymer är negativt.
- Vårdköer på de områden där det förekommer privata sjukvårdsförsäkringar är *inte* längre än på områden där det saknas försäkringar. Det kanske inte är så överraskande i och med att försäkringen står för cirka 1 procent av utgifterna för den vård som utförs i Sverige och inte heller kan påverka områden som ligger utanför försäkringarnas täckningsområde, vilket inkluderar merparten av sjukvården, allt från akut- till cancervården.
- Innovationer från privat sektor, vare sig finansieringen är offentlig eller ej, spiller över på offentlig sektor. Det gäller inte minst digital vård och möjligheter att bättre utnyttja teknologin.

Analysen i den här rapporten pekar på betydelsen av att betrakta offentligt finansierad sjukvård och privata sjukvårdsförsäkringar ur ett samlat samhällsekonomiskt perspektiv. Privat sektor bidrar med innovationer, teknisk utveckling och ekonomisk tillväxt. För att kunna verka på en konkurrensutsatt marknad behöver svenska företag medarbetare med hög kompetens och de samlade kostnaderna får inte utvecklas i otakt med produktivitetsnivån för de anställda. Under 1990-talet ökade sjukfrånvaron och företagens kostnader. Att ha anställda som är friska och snabbt får vård och rehabilitering är centralt för alla arbetsgivare och för möjligheten att expandera. En försämring av privata sjukvårdsförsäkringar i en situation med långa vårdköer riskerar att spilla över på högre kostnader för företag och sämre konkurrenskraft. Då försämras möjligheterna att finansiera välfärden och åtgärderna blir kontraproduktiva. Fokus borde i stället vara på att regionerna ser över möjligheter att förbättra organisation och styrning och konkurrensutsätta fler verksamheter.

Referenser

Afonso, A, and M Kazemi. 2017. "Assessing Public Spending Efficiency in 20 OECD Countries" i B Bökemeier och A Greiner (ed) *Inequality and Finance in Macrodynamics*, sid. 7–42. Dynamic Modeling and Econometrics in Economics and Finance, vol. 23. Springer.

AIHW (2021). https://www.aihw.gov.au/reports/international-comparisons/international-health-data-comparisons-2018/contents/overview-international-health-data-comparisons-2018. Åtkomst: 14 oktober 2021.

Bergh, Andreas (2014). Sweden and the Revival of the Capitalist Welfare State. Edward Elgar: Cheltenham, UK.

Blix, Mårten och Amanda Dahlstrand (2021). "Innovationer inom digitala tjänster för psykisk ohälsa – Utveckling och hinder." Uppsats presenterad till Vinnova.

Blix, Mårten och Henrik Jordahl (2021). Privatizing Welfare Services – Lessons from the Swedish Experiment. Oxford University Press.

Blix, Mårten och Nasim Farrokhnia (2020) "Kan digitaliseringen rädda vården?" *Kvartal.* 26 juni 2020.

Blix, Mårten och Johanna Jeansson (2019). "Telemedicine and the welfare state: the Swedish experience." Chapter 2 in Larsson, Anthony and Robin Teigland (eds.) Digital Transformation and Public Services – Societal Impacts in Sweden and Beyond. (Nov. 7, 2019). Routledge. Open access.

Blix, Mårten och Johanna Jeansson (2018). "Nätläkare i primärvården – lindring eller lidande? *Ekonomisk Debatt.* Nr 3 2018 Årgång 46. P. 66–78.

Blix, Mårten och Charlotta Levay (2018). "Operation digitalisering – En ESO-rapport om hälso- och sjukvården." Rapport 2018:6. Expertgruppen för Studier i Offentlig Ekonomi. Finansdepartement.

Blix, Mårten (2018). Digitalization, Immigration and the Welfare State. Edward Elgar: Cheltenham, UK.

Blix, Mårten (2013). "Framtidens välfärd och den åldrande befolkningen." Delutredning från Framtidskommissionen. DS. 2013:8. Statsrådsberedningen.

Bradshaw, Tim, Jim Pickard och David Sheppard (2021). "UK 'pingdemic' spreads as record 600,000 people told to self-isolate." *Financial Times.* 22 juli. https://www.ft.com/content/1bdef6b5-672d-46e0-9502-492a432a51af. Åtkomst: 24 augusti 2021.

Burström, Bo, Kristina Burström, Gunnar Nillson, Göran Tomson, Margaret Whitehead, and Ulrika Winblad (2017). 'Equity Aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden—a Scoping Review. *International Journal for Equity in Health* 16 (29). doi: 0.1186/s12939-017-0524-z.

Dietrichson, Jens, Lina Maria Ellegård, och Gustav Kjellsson. 2016. 'Patient Choice, Entry, and the Quality of Primary Care: Evidence from Swedish Reforms'. *Department of Economics, Lund University*. Working Paper No. 2016:36.

Ellegård, Lina Maria, Jens Dietrichson, and Anders Anell. 2018. 'Can Pay-for-Performance to Primary Care Providers Stimulate Appropriate use of Antibiotics?' *Health Economics* 27 (1): pp. e39–54. doi: 10.1002/hec.3535.

Fogelberg, Sara. (2013). 'Effects of Competition between Healthcare Providers on Prescription of Antibiotics'. *Research Institute of Industrial Economics*. IFN Working Paper No. 949.

Försäkringskassan (2018). "Rapport – Återrapportering Ersättning för höga sjuklönekostnader till arbetsgivare." Svar på regeringsuppdrag. 25 juni. Dnr. 002686-2018.

Försäkringskassan (2020). https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/ersattning-for-hoga-sjuklonekostnader. Åtkomst: 28 augusti 2021. https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/ersattning-for-hoga-sjuklonekostnader.

Försäkringskassan (2021). "Förändringar inom socialförsäkringsområdena 1968-01-01–2021-09-30).

Glenngård, Anna H. (2015). *Primärvården efter vårdvalsreformen*. Stockholm: SNS Förlag.

Hägglund, Pathric och Per Johansson (2016:2). "Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet." Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Regeringskansliet: Finansdepartementet.

If (2021). https://www.if.se/foretag/forsakringar/personalforsakring/sjukvardsforsakring/sjukdom/vad-kostar-sjukfranvaro. Åtkomst: 2021-08-27.

Ingerö, Johan (2018). Vårdköer och väntetider. Timbro förlag. Mars. https://timbro.se/valfard/vardkoer-och-vantetider/. Åtkomst: 2021-10-24.

Kastberg, Gustaf, and Sven Siverbo. 2007. 'Activity-Based Financing of Health Care—Experiences from Sweden'. *International Journal of Health Planning and Management* 22: pp. 25–44.

Konkurrensverket (2012). *Val av vårdcentral*. (Report 2012:2).

Konkurrensverket (2014). Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor. (Report 2014:2).

Kullberg, Linn, Paula Blomqvist och Ulrika Winblad (2021). ” Does voluntary health insurance reduce the use of and the willingness to finance public health care in Sweden?” *Health Economics, Policy and Law*. Mars. S. 1–18.

Lindbeck, Assar (1997). ”The Swedish Experiment.” *Journal of Economic Literature*. Vol. 35. No. 3. P. 1273–1319.

Lorentzi, Ulrika och Lisa Pelling (2021). ”Reglera privata sjukförsäkringar hårdare.” Debatt. Svenska Dagbladet. 18 juni. https://www.svd.se/reglera-privata-sjukforsakringar-hardare. Åtkomst: 2021-07-23.

Loughran, Tim och Bill McDonald (2020). ”Textual analysis in finance.” Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=3470272 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3470272.

Lindbeck, Assar, Per Molander, Torsten Persson, Olof Petersson, Angar Sandmo, Birgitta Swedenborg och Niels Thygesen (2003). *Turning Sweden Around.* Cambridge, MA: MIT Press.

Lindgren, Peter. 2014. Ersättning i Sjukvården—Modeller, effekter, rekommendationer. Stockholm: SNS Förlag.

OECD (2009). “Sickness, disability and work: Breaking the barriers – Sweden: Will the recent reforms make it?” OECD Publishing.

OECD och WHO (2019). ”Sverige – Landsprofil hälsa 2019.” State of Health in the EU. OECD and the European Observatory on Health Systems and Policies.

OECD (2020). *Waiting Times for Health Services: Next in Line.* OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. Paris. https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en.

Palme, Mårten (2017). ”Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige? En deskriptiv analys.” Särtryck av del 5. Svensk Försäkrings rapportserie Vår Framtida Välfärd.

Prop. (1999). ”Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.” Regeringens Proposition 1999/2000:149. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/nationell-handlingsplan-for-utveckling-av-halso-_GN03149. Åtkomst: 2021-07-13.

Rehnberg, Clas, Nils Janlöv, Jahangir Khan, och Jonatan Lundgren (2010). ”Uppföljning av husläkarsystemet inom vårdval Stockholm – redovisning av de första två årens erfarenheter.” *Karolinska Institutets folhälsoakademi.* Rapport 2010:12.

Rehnberg, Clas. 2014. ’Vårdvalets påverkan på tillgänglighet’. i *Låt den rätte komma in*, by the Swedish Agency for Health and Care Services Analysis, ch. 3, pp. 113–167. (Report 201:3). Vårdanalys.

Rehnberg, Clas (2019:8). ”Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv.” Expertgruppen för studier i Offentlig Ekonomi. Finansdepartementet. https://eso.expertgrupp.se/wp-content/uploads/2018/03/2019_8-vem-vårdar-bäst-191202.pdf. Åtkomst: 2021-07-23.

RKA (2021). ”Produktivitet i hälso- och sjukvården.” *Rådet för främjande av kommunala analyser*. Oktober.

SKR (2021). Delredovisning av primärvårdens digitala utbud 2020. https://skr.se/download/18.2b9356b71784ab0c985c08db/1617863225113/Digitala-vardkontakter-i-primärvarden-2020.pdf. Åtkomst: 4 augusti 2022.

Socialstyrelsen (2022). https://sdb.socialstyrelsen.se/if_ope/resultat.aspx. Åtkomst: 4 augusti 2022.

SOU (2021:80). *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll.* Betänkande av utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar. Statens Offentliga Utredningar.

SOU (2007:10). Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Slutbetänkande av Ansvarskommittén. Statens Offentliga Utredningar.

SOU (1993:16). *Nya villkor för ekonomi och politik.* Statens Offentliga Utredningar.

Sveréus, Sofia, Gustav Kjellsson och Clas Rehnberg (2018). ”Socioeconomic distribution of GP visits following patient choice reform and differences in reimbursement models: Evidence from Sweden.” *Health Policy.* 122. P. 949–956.

Stenshamn, Cecilia (2013). *Lögnen om Koppargården – Skandalen bakom Caremaskandalen*. Stockholm: Timbro.

Stockholms Läns Landsting (2015). Benchmarking av akutsjukhusens effektivitet—kärnverksamheterna på Danderyds sjukhus, Capio S:t Görans sjukhus och Södersjukhuset. (Dnr: 1408–1118). Hälsoförvaltningen, Avdelningen för somatisk specialistvård.

Synovate (2008). Svenska folket om finansieringen av välfärden. Underlagsrapport till SKL (2010). Framtidens utmaning – Välfärdens långsiktiga finansiering. https://docplayer.se/33880397-Svenska-folket-om-finansiering-av-valfarden.html. Åtkomst: 2021-07-23.

Suhonen, Daniel (2021). ”Socialisera all vård under Coronakrisen.” Aftonbladet. 23 juli. https://www.aftonbladet.se/ledare/a/awo6j2/socialisera-all-vard-under-coronakrisen. Åtkomst: 23 juli 2021.

Svallfors, Stefan (2011). A Bedrock of Support? Trends in Welfare State Attitudes in Sweden, 1981–2010. Social Policy & Administration, Vol. 45, No. 7, s. 806–825. https://www.iffs.se/media/1837/svallfors_2011_spa.pdf. Åtkomst: 2021-07-23.

Svenskt Näringsliv (2021). ”Sjukvårdsförsäkringen – Tilläggsfrågor i Företagarpanelen.” April 2021.

Söderström, Hans T. och Staffan Viotti (1979). “Money Wage Disturbances and the Endogeneity of the Public Sector in an Open Economy”. i Assar Lindbeck (ed.), *Inflation and Employment in Open Economies.* Amsterdam: North-Holland.

Thomson, Sarah, Anna Sagan och Elias Mossialos (2021). ”Varför privata sjukvårdsförsäkringar?” European Observatory on Health Systems and Policies och Arena Idé. www.arenaide.se/rapporter. Åtkomst: 30 augusti 2021.

Thomson, Sarah, Anna Sagan och Elias Mossialos, eds. (2020). ”Private Health Insurance – History, Politics and Performance.” Cambridge University Press och European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge: UK.

Vårdanalys (2020). ”Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare.” Rapport 2020:3. Myndigheten för Vårdanalys.

Vårdanalys (2015). ”Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin.” Rapport 2015:5. Myndigheten för Vårdanalys.

Vårpropositionen (2014). ”Redogörelse för regeringens reformer 2006–2014 för tillväxt och full sysselsättning.” Bilaga 4. 2014 års ekonomiska vårproposition. Prop. 2014/15:100.

Wohlin, Jonas, Holger Stalberg, Oskar Ström, Fredrik Borgström, Göran Garellick, and Mats Brommels. 2012. *Uppföljningsrapport vårdval höft- och knäprotesoperationer. Preliminär analys, slutsatser och rekommendationer.* (Report comminssioned by the Health and Medical Care Administration in Stockholm). Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms Läns Landsting.

Ratio är ett fristående forskningsinstitut som utvecklar ny kunskap – idéer, perspektiv och resultat – av hög kvalitet och med stor relevans för det svenska näringslivet genom tvärvetenskaplig forskning och tydlig aktörsförankring.

Ratio forskar om hur företagandets villkor kan utvecklas och förbättras och fokuserar särskilt på forskning om arbetsmarknad och lönebildning ur ett företagarperspektiv.

www.ratio.se

9 789180 592291

RATIO