

Vägar till hållbar välfärd



Författare: Anders Morin, Nima Sanandaji.

Innehåll

1. Inledande sammanfattning	2
2. Kommunsektorn hårt pressad av demografin	8
3. Produktivitetspotential på 41 miljarder kronor i kommunerna	13
4. Resurser och kvalitet i skolan	15
4.1 Bristande samband mellan resurser och kvalitet vid jämförelse mellan svenska kommuner	15
4.2 Bristande samband även vid jämförelse mellan rika länder	17
4.3 Kommunala underskott i den svenska skolan	19
5. Bristande samband mellan resurser och kvalitet i äldreomsorgen	20
6. Resurser och kvalitet i individ- och familjeomsorgen	22
7. Resurser och kvalitet inom boenden för funktionshindrade, personlig assistans och daglig verksamhet (LSS)	24
8. Resurser och kvalitet i sjukvården - produktivitetspotential på 18 miljarder kronor	26
8.1 Potential för förbättrad produktivitet vid jämförelser inom Sverige	26
8.2 Underskotten vid offentliga sjukhus och vårdcentraler	28
9. Svensk sjukvård i internationell jämförelse - kostnader och produktivitet	31
10. Några orsaker till bristande resurshushållning i välfärden	39
11. Vägen framåt - hur klarar vi av välfärdens framtida utmaningar?	41
11.1 Ökad benchmarking och konkurrens för ökad produktivitet	41
11.2 Kommunsektorn måste bli duktigare på att ta till sig ny teknik, i synnerhet inom området digitalisering och artificiell intelligens	42
11.3 Systematiskt preventionsarbete är eftersatt och kommer att underlättas av den nya tekniken	43
11.4 Skolans kunskapssyn måste förändras	44
Referenser	46

1. Inledande sammanfattning

Sverige har en av världens mer avancerade välfärdsmodeller. Liksom de andra nordiska länderna har Sverige varit en pionjär i att utveckla offentlig finansiering av skola, vård och omsorg. Ett viktigt syfte bakom den svenska välfärdsmodellen har varit att den ska omfatta alla landets medborgare. Den ska också vara tillgänglig för medborgarna efter behov och vara solidariskt finansierad via skatter.

Den svenska välfärdsmodellen - en tillgång som ska utvecklas

Att den svenska välfärdsmodellen fungerar väl är relevant inte enbart för medborgarna utan också för näringslivet. Företagen är beroende av välutbildade medarbetare, inte minst i den moderna kunskapsbaserade ekonomin där medarbetarnas kompetenser ofta är företagets främsta konkurrensfördel. Förebyggande insatser och god tillgång till vård och omsorg lägger grogrunden för en befolkning som har hälsan i behåll, något som gynnar hela samhällsekonomin. Samtidigt är det viktigt att välfärdstjänsterna tillhandahålls resurseffektivt så att skattebelastningen begränsas. Allt för höga skatter medför att drivkrafterna till arbete och investeringar hämmas.

Sedan slutet av förra seklet har välfärdstjänsterna kommit att utföras av en växande andel privata utförare, från att tidigare varit utförda i monopol av kommuner och landsting. Därmed skapas konkurrens samtidigt som elever, föräldrar, patienter och omsorgstagare får möjlighet att välja mellan olika utförare.

Denna svenska välfärdsmodell som har växt fram har betydande fördelar som det finns starka skäl att värna om. Den kombinerar ett ambitiöst välfärdsåtagande för alla medborgare, vilket är viktigt för sammanhållningen i samhället, med egenmakt för individen.

Modellens främsta utmaning handlar om finansiering. Den demografiska utvecklingen, med en historiskt snabb befolkningsökning och en långsiktigt ökande andel äldre i kombination med ökade förväntningar från medborgarna, gör att den svenska välfärdsmodellen är satt under stark ekonomisk press redan inom den närmaste framtiden. Till detta kommer att medborgarna förväntar sig en successivt förbättrad kvalitet i skola, vård och omsorg. De ökade kraven sker mot bakgrund av medicinska landvinningar, förbättrad teknisk utveckling och förbättrade undervisningsmetoder. Utvecklingen sätter även press på kompetensförsörjningen till offentlig och privat sektor.

Samtidigt finns det en betydande potential för förbättrat resursutnyttjande i välfärdstjänsterna; det går att få mer verksamhet och kvalitet för givna resurser. Det visar de jämförelser mellan kommuner, landsting och länder som redovisas i denna rapport. Där framgår också att sambandet mellan hur mycket resurser som satsas på en verksamhet och verksamhetens kvalitet ofta är svagt. En slutsats av jämförelserna är att det är viktigare *hur* resurserna används än *hur mycket* resurser som används. En klokare användning av resurserna i välfärden kan ge såväl förbättrad kostnadseffektivitet som utvecklad kvalitet.

Välfärdens finanser under stark press från och med 2018

De årliga behovsökningarna i kommunsektorn är dubbelt så stora fram till 2029 jämfört med perioden 1990–2014. Detta hänger samman med att befolkningen ökar snabbt och kraftigt och dessutom åldras. Befolkningen i arbetsför ålder ökar inte alls i samma takt, med ökad försörjningskvot och tilltagande finansierings- och bemanningsproblem som följd. Denna utveckling kan liknas vid en tumskruv som sakta dras åt. I kombination med ökade förväntningar från medborgarna, gör det att den svenska välfärdsmodellen är satt under ekonomisk press redan inom den närmaste framtiden. Utgifterna i kommunsektorn (kommuner och landsting eller regioner) bedöms enligt SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) öka väsentligt snabbare än skatteunderlaget de närmaste åren. Redan 2021 förväntas ett finansieringsgap på 37 miljarder kronor uppstå.

Att finansieringsgapet inte blir ännu större beror på att SKL räknar med ett trendbrott när det gäller konsumtion av välfärdstjänster. Historiskt har resurserna ökat mer än vad de demografiskt betingade behoven motiverar. SKL antar att denna utveckling nu bryts, och att resurserna i stället ökar i takt med den demografiska utvecklingen.

Effektivisering enda hållbara alternativet

Om kommunsektorn ska växa genom att anställa fler, men inte öka sin effektivitet, behöver hela ökningen av sysselsättningen mellan 2017 och 2025 ske i denna sektor. Det är inte en hållbar utveckling, eftersom näringslivet som finansierar den offentliga sektorn också måste ha utrymme att växa. Långtidsutredningen 2015 har tydligt slagit fast att problemet inte går att lösa genom att höja de redan höga skatterna i Sverige. Anledningen till det är att skatterna redan är på en så hög nivå att ytterligare höjningar skulle underminera skattekraften. Lösningen måste sökas i ökad effektivitet.

Den effektivisering som krävs handlar både om att utnyttja existerande resurser bättre och om en genomgripande omställning med ny teknik och prevention i samspel med näringslivet.

Det går att frigöra 41 miljarder kronor årligen i kommuner och 18 miljarder i landstingen genom effektiviseringar

Analys av de olika komponenterna i välfärdssektorn visar på att omfattande effektiviseringar är möjliga. Det går att effektivisera upp till 41 miljarder kronor i landets kommuner. Besparingen kan bli möjlig genom att ineffektiva kommuner efterliknar de kommuner som har lyckats kombinera hög kvalitet med lägre kostnad. Det handlar alltså inte om att personalen ska ”springa snabbare” utan det gäller i stället att de kommuner som släpar efter efterliknar de kommuner som jobbar smart. I svenska sjukhus går det på samma sätt att effektivisera upp till 18 miljarder kronor. Detta blir möjligt genom att samtliga sjukhus förbättrar sin produktivitet med 5 procent, samt att de sjukhus som har en lägre produktivitet än genomsnittet förbättrar produktiviteten till genomsnittets nivå.

Svag eller ingen koppling mellan kostnad och kvalitet i kommunal verksamhet

En viktig slutsats från analyserna är att det knappt existerar något samband mellan kostnad och kvalitet när olika kommunala verksamheter jämförs, då hänsyn tagits till strukturskillnader mellan olika kommuner. Den tydligaste länken mellan kostnad och

kvalitet finns i gymnasieskolan, där knappt 6 procent av kvalitetskillnaden mellan olika kommuner förklaras av kostnaden för verksamheten. För såväl förskolan som grundskolan förklaras mindre än 1 procent av skillnaderna av kostnaden. I äldreomsorgen finns en svagt negativ trend, där de kommuner som satsar mer på äldreomsorg har något lägre kvalitet i verksamheten. Skillnaderna i kostnad förklarar knappt 1 procent av avvikelserna i kvalitet. I individ- och familjeomsorg, liksom i LSS-stöd (boende, personlig assistans och daglig verksamhet), förklaras en tusendel av skillnaden i kvalitet av kostnad.

Även internationellt är sambandet svagt när det kommer till satsade resurser per elev och utfall i skolan. Estland har som exempel hälften så höga utgifter per elev i skolan, men betydligt bättre utfall i samtliga tre ämnen som mäts i PISA. Estland har även en bättre likvärdighet mellan elever med olika bakgrund, jämfört med Sverige.

Goda medicinska resultat i vården men brister i tillgänglighet, samverkan och effektivt resursutnyttjande

Internationella jämförelser visar att Sverige ligger på topp när det kommer till medicinska resultat. Samtidigt är kostnaderna höga; det gäller både när man mäter kostnad per invånare och som andel av den totala ekonomin. Sverige har också en hög andel i befolkningen som är läkare och sjuksköterskor. I jämförelse med andra utvecklade länder hamnar Sverige samtidigt i botten av jämförda länder sett till antal läkarbesök per invånare, antal patientbesök per läkare, upplevd tillgänglighet, förtroende för sjukvårdssystemet, allmänhetens upplevelse av kvalitet i vården samt allmänhetens bedömning av hur väl samverkan mellan olika vårdgivare fungerar.

Förluster i välfärden dränerar resurserna

Ett återkommande problem är att välfärdsenheter i offentlig regi ofta drivs med underskott, som sedan skattebetalarna täcker upp. Under 2015 gick till exempel primärvård i egen regi med en samlad förlust på 421 miljoner kronor. Samma år gick sjukhus i offentlig regi, för vilka resultaten redovisas offentligt, med en samlad förlust på 1,02 miljarder kronor. Ett strukturskifte krävs, där incitament skapas för offentliga välfärdsenheter att långsiktigt klara sin egen ekonomi.

Omställning med ny teknik nödvändig

Ett samhälles förmåga att anpassa sig till förändringar avgör dess långsiktiga hållbarhet, socialt och ekonomiskt. Sverige har också historiskt visat prov på stor omställningsförmåga. Med snabbt upptag av ny teknik i många branscher har Sverige förmått behålla sin konkurrenskraft i en globaliserad värld med allt hårdare konkurrens.

Nu behöver ny teknik, i synnerhet digitaliseringen, få ett bredare och snabbare genomslag i kommunsektorn. Inom sjukvården har de privata företagen tagit täten. Landstingens verksamheter i egen regi är alldeles för passiva; de är så stillastående att till och med sjukvårdsministern i en debattartikel nödgats uppmana landstingen att försöka komma ikapp de privata företagen.¹ I stället för att motverka privata entreprenörer i välfärden, är det nödvändigt med en återgång till det som byggt Sverige starkt historiskt: ett tätt samarbete mellan näringsliv och det offentliga. Det gynnar svensk välfärd och även svensk export.

¹ SvD (2017).

Omställning för att minska ohälsan

Som ett led i omställningen gäller det också att göra helt nytt för att förebygga ohälsa. I Sverige och andra utvecklade samhällen dominerar dagens sjukdoms-panorama av kroniska sjukdomar. Hit hör diabetes, hjärt-kärlsjukdom, lungsjukdomar som astma, allergi och KOL, cancer, ledsjukdomar, smärta och psykiska sjukdomar. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys är 80–85 procent av sjukvårdens resurser hänförliga till vård av personer med kroniska sjukdomar. I stort sett varannan vuxen har minst en kronisk sjukdom, och var femte av dem under 20 år. Av dem som dör av en kronisk sjukdom gör 90 procent det i en sjukdom som är möjlig att förebygga.²

Detta sätter inte bara stark press på sjukvården. Det står även bakom en stor del av trycket på socialförsäkringssystemen. Arbetsgivare i Sverige påverkas negativt av personalens ohälsa.

Kroniska sjukdomar uppstår ofta med åldern. Ett demografiskt skifte med fler äldre i samhället är en orsak till ökningen av kroniska sjukdomar. I stor utsträckning kan dessa sjukdomar motverkas genom preventiva insatser. Det innebär att prevention måste göras till en strategisk fråga. Grunden i all prevention av kronisk sjukdom är åtgärder som motverkar ohälsosamma levnadsvanor. Forskning har tydligt identifierat ett antal levnadsvanor som starkt kopplade till kronisk sjukdom, inte minst ohälsosam kost, rökning och otillräcklig fysisk aktivitet. Även andra former av ohälsa, som till exempel ryggproblem, kan förebyggas. En av fördelarna med prevention är att det är ett resurseffektivt sätt att stärka hälsan. Tumregeln är att det kostar betydligt mindre att förebygga ett problem än att betala för det när det väl har uppstått.

Ohälsan är dessutom ojämnt fördelad i befolkningen. Socioekonomiskt utsatta grupper har mer ogynnsamma levnadsvanor, fler kroniska sjukdomar och kortare livslängd. Därför är förebyggande insatser också ett sätt att minska ojämlikheter i hälsa.

Prevention är således ett strategiskt verktyg för en långsiktigt hållbar sjukvård, rent av för samhällsutvecklingen i stort. Därför är det vare sig moraliskt eller ekonomiskt försvarbart att inte föra upp prevention högt på den politiska dagordningen i Sverige. Här har Sverige möjlighet att ta täten internationellt.

Omställning till ändrad kunskapssyn i skolan

För det svenska näringslivets kompetensförsörjning är det av avgörande betydelse att kvaliteten i utbildningssystemet är hög. Det gäller från förskolan till högre utbildning, forskning och vuxenutbildning. Hög kvalitet i utbildningen är viktig för konkurrenskraften på internationella marknader liksom för utvecklings- och omvandlingsförmågan i näringslivet. Ett innovativt och växande näringsliv leder också till ökat välstånd.

Forskning har visat att utbildningsnivån i befolkningen är den enskilt viktigaste faktorn för ett lands välståndsutveckling.³ Det är därför mycket oroande att resultaten för svenska skolelever i internationella mätningar har sjunkit i nästan tjugo års tid, även om den sista PISA-mätningen innebär en viss återhämtning.

² Regeringskansliet (2014).

³ Hanuschek och Woessmann (2015).

Samtidigt med denna utveckling har kunskapssynen som den kommer till uttryck i de svenska läroplanerna alltmer utvecklats mot en så kallad relativistisk kunskapssyn, där eleverna själva ska söka kunskapen och där kunskap ytterst är något som definieras av eleven själv. Läraren blir en handledare i elevens sökande efter kunskap, i stället för att vara förmedlare av kunskapen, samtidigt som kravet på baskunskaper i olika ämnen nedprioriteras.⁴

Avsaknaden av tydliga kriterier för kunskapsmål i kursplanerna är ett uttryck för detta. I dagens skola är det inte tydligt vad eleverna ska lära sig i olika ämnen.

Får denna utveckling fortsätta riskerar skolans kris att fördjupas. Det är därför dags att gå tillbaka till den traditionellt vetenskapliga kunskapssynen, där baskunskaper fordras och kritiskt tänkande, problemlösning och kreativitet sker utifrån vetenskapligt förankrad kunskap. Därmed skulle det finnas goda förutsättningar att öka kvaliteten och därmed få mer värde för de resurser som läggs på skolan.

Lösningen: fyra prioriterade områden, ökad samverkan mellan privat och offentlig sektor samt ökad konkurrens mellan utförare

För att välfärdens kvalitet ska stärkas samtidigt som en hållbar ekonomisk situation upprätthålls så har vi identifierat fyra områden där särskilda insatser behöver göras:

- *Ökad benchmarking och konkurrens som ökar produktiviteten*
Det finns väl utvecklade benchmarkingverktyg. Jämförelser och lärande bör ske mellan såväl kommuner och landsting, som mellan privata företag och kommunsektorn.
- *Kommunsektorn måste ta till sig ny teknik, i synnerhet inom området digitalisering och artificiell intelligens (AI).* Privata företags innovationsförmåga och entreprenörskap måste tas tillvara bättre i välfärden. Nya arbetssätt baserade på digital teknik kan öka tillgängligheten, stärka kvaliteten och förbättra resurshushållningen.
- *Systematiskt preventionsarbete är eftersatt och kommer att underlättas av den nya tekniken.* Västvärldens sjukdomspanorama domineras av kroniska sjukdomar som till stor del är möjliga att förebygga. Brister i bland annat kost och motion är starkt kopplade till kroniska sjukdomar. Stärkt stöd till individrelaterad prevention är därför väl motiverat.
- *Skolans kunskapssyn måste förändras.* Ett lands utbildningsnivå är nära korrelerat till dess välståndsutveckling. De svenska kunskapsresultaten i skolan har i internationella mätningar fallit sedan början av 2000-talet, såväl absolut som i relation till andra länder. En orsak till utvecklingen är sannolikt den relativistiska kunskapssyn som finns i skolans läroplaner.

Stärkt samarbete mellan privat och offentlig sektor är angeläget bland annat vad gäller:

- att bättre utnyttja digitaliseringens möjligheter när det gäller tillgänglighet, förebyggande vård, samverkan och beslutsstöd inom vården.
- att uppmuntra och stödja välfärdsinnovationer. Ersättningssystemen behöver stödja innovativa arbetssätt.

⁴ Enkvist m fl (2017).

- att finansiera långsiktiga investeringar i förskolor, skolor, äldreboenden och andra former av omsorg.
- att få till stånd systematiskt och ömsesidigt erfarenhetsutbyte av framgångsrik styrning och framgångsrika arbetsätt.

Stärkt konkurrens behöver baseras på:

- långsiktiga och stabila spelregler.
- lika villkor och krav för privata och offentliga aktörer.
- mätbara kvalitetsmål och kvalitetskrav.
- bättre kvalitetsredovisning för att elever, föräldrar och omsorgstagare ska kunna göra informerade val.
- effektiva åtgärder mot betygsinflation. Nationella prov ska rättas externt. Det ska finnas ett högsta tillåtna spann på skolnivå mellan nationella prov och betyg; avvikelser från detta ska särskilt motiveras.
- skärpta tillträdeskrav och tuffare tillsyn för såväl offentliga som privata utförare samt sanktioner mot oseriösa aktörer.

2. Kommunsektorn hårt pressad av demografin

De tjänster som utgör välfärdens kärna, det vill säga vård, skola och omsorg, finansieras väsentligen av skatter till kommuner och landsting respektive regioner. Tillsammans brukar kommuner samt landsting och regioner benämnas som kommunsektorn. Kommunsektorn står idag inför omfattande ekonomiska utmaningar. Den demografiska utvecklingen innebär att befolkningen växer snabbt samtidigt som andelen barn och gamla ökar. Barn och äldre har samtidigt störst behov av välfärdstjänster, i form av skola, omsorg och sjukvård. Särskilt andelen över 80 år, som ofta har omfattande behov av vård och omsorg, växer snabbt. Andelen av befolkningen som är i förvärvsaktiv ålder minskar samtidigt. Till detta kommer att medborgarna i det moderna tjänstesamhället ställer allt högre krav på olika tjänster, inklusive välfärdstjänster. Den senaste tidens stora inflöde av flyktingar och anhörigmigranter, kombinerat med bristfällig integration på svensk arbetsmarknad, är en tredje faktor som sätter press på de offentliga finanserna.⁵ Sammantaget leder utvecklingen till en omfattande press på de offentliga finanserna.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har under senare tid verkat för att lyfta fram de långsiktiga ekonomiska utmaningar som kommunsektorn står inför. I sin ekonomirapport från maj 2018 pekar SKL på hur de demografiska förändringarna leder till en snabb kostnadsutveckling:

”Finansieringen är också en utmaning. För att klara ett resultat på 1 procent som andel av skatter och statsbidrag samt bibehållit välfärdsåtagande måste kommuner, landsting och regioner tillföras en ökning av statsbidragen med 37 miljarder kronor fram till och med 2021. För att klara det nya sparmålet på 1/3 procent av BNP fram till 2021, med detta tillskott till kommunsektorn, skulle staten behöva budgetförstärkningar på cirka 20 miljarder 2021. Utan en ökning av de generella statsbidragen och med ett oförändrat välfärdsåtagande skulle kommunsektorns resultat bli minus 27 miljarder, med oförändrade skattesatser efter 2019. Då ingår en skattehöjning 2019 med 20 öre, motsvarande 5 miljarder 2021.”⁶

Det är viktigt att förstå att SKL:s alarmerande analys baseras på att resurserna till kommunsektorn ökar i takt med demografin. Detta skiljer sig mot den tidigare utvecklingen i Sverige, där kostnaderna i kommunsektorn har ökat 0,5–1 procent snabbare än demografin. Om den historiska utvecklingen skulle fortsätta skulle kommunsektorns ekonomi vara ännu svårare att få ihop.

I Ekonomirapporten som SKL släppte hösten 2017 genomförs beräkningar som utgår från årliga kostnadsökningar med 0,5 procent i kommunerna samt med 0,9 procent i landsting och regioner utöver den demografiskt betingade förändringen. Det vill säga en utveckling i linje med tidigare, där resurserna till välfärden ökar varje år. Resultatet av denna beräkning är att välfärdens ekonomi inte är hållbar, eller som SKL själva förklarar i en rubrik: ”Kalkylen – den går inte ihop”. Ekonomirapporten

⁵ Se Morin (2015), Witterblad (2015) samt Konjunkturinstitutet (2016) för ytterligare diskussion.

⁶ SKL (2018a), citat från s. 9.

skriver även att ”När ekonomin återgår till normal konjunktur kommer sysselsättningsökningen inte att vara tillräcklig för att klara behovsökningarna och ännu mindre några kostnadsökningar utöver vad som följer av befolkningsutvecklingen.”⁷

I Ekonomirapporten från maj 2018 slår SKL fast att konjunkturen i Sverige för tillfället är mycket stark, på grund av den globala ekonomiska trenden. Trots detta goda läge varnar SKL för den framtida utvecklingen inom välfärdssektorn. Skatteintäkterna i kommuner, landsting och regioner förväntas enligt analysen ”öka betydligt långsammare de kommande åren än de har gjort under de gångna åren”. Därtill har kommunernas skulder på koncernnivå ökat med 26 procent sedan 2012 till följd av stora investeringsbehov. Omfattande migration skapar också ett kostnadstryck, och ett osäkert ekonomiskt läge, för kommunsektorn. Landsting och regioner har ett särskilt svårt ekonomiskt läge på grund av den förändrade demografin. Sammanlagt har deras ekonomiska resultat understigit 1 procent som andel av skatter och statsbidrag under de senaste tio åren, vilket är långt ifrån tillräckligt för att klara det av SKL definierade kravet på god ekonomisk hushållning om 2 procents överskott. Situationen förväntas bli svår framöver, då konjunkturen förväntas vända samtidigt som investeringsbehovet ökar i kommunsektorn. Investeringsstakten förväntas år 2020 vara dubbelt så hög som den var 2008.⁸

Det bör noteras att högkonjunktur ofta inte följs av en normalisering av konjunkturen, utan dessutom av lågkonjunktur. Hur välfärdens ekonomi ska klaras vid en lågkonjunktur, när problemen är så märkbara vid dagens högkonjunktur, är en fråga som hittills saknar svar.

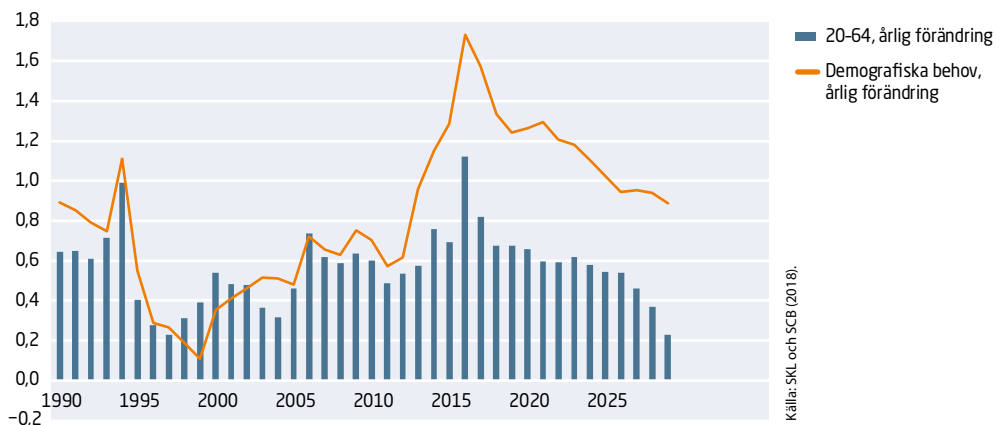
Som visas i diagram 1 nedan har de demografiskt betingade behoven av välfärdstjänster ökat med cirka 0,5 procent per år sedan början av 1990-talet till och med 2014. Denna ökning har kunnat matchas mot en ökning av befolkningen i yrkesverksam ålder i samma storleksordning. De senaste årens snabba befolkningsökning samt förändrade demografi innebär att behoven fram till 2029 ökar i genomsnitt dubbelt så snabbt, med cirka 1,2 procent per år, medan ökningen av befolkningen i yrkesverksam ålder ligger på 0,6 procent.⁹ Denna obalans mellan ökningen av befolkningen i arbetsför ålder och ökningen av behoven inom välfärden förväntas fortsätta även efter 2029.

⁷ SKL (2017b), citat från s. 8.

⁸ SKL (2018a), citat från s. 5.

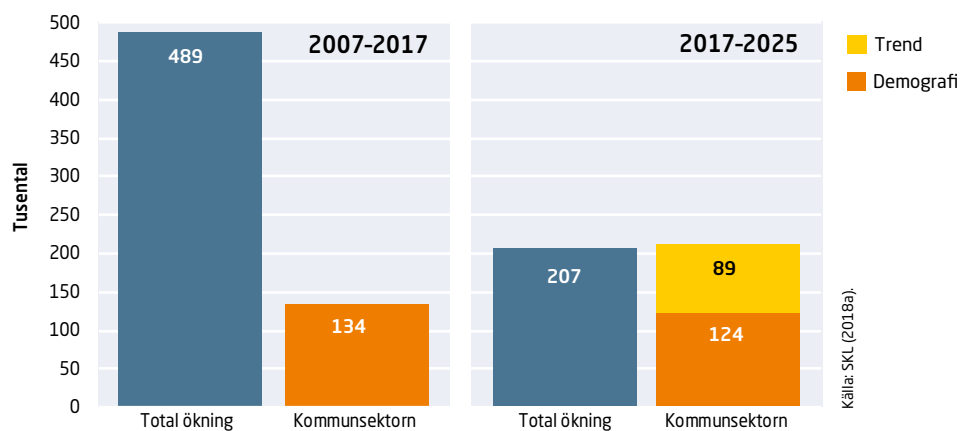
⁹ Ibid, s. 9.

Diagram 1. Demografiska behov och befolkningen 20-64 år - årlig procentuell förändring.



Förutom att den demografiska utvecklingen sätter en ekonomisk press på kommunerna hotar utvecklingen att resultera i en allvarlig kompetensförsörjningsbrist. SKL beräknar att om nuvarande trend fortsätter vad avser ökningstakt av antalet sysselsatta i kommunsektorn (inklusive kommunalt finansierad privat verksamhet) i relation till behovsutvecklingen, kommer hela ökningen av antalet sysselsatta i Sverige fram till år 2025 att behöva arbeta i kommunsektorn. Detta ska jämföras med utvecklingen under det senaste decenniet, då 27 procent av sysselsättningsökningen skedde i kommunsektorn.¹⁰ Utvecklingen illustreras i nedanstående diagram.

Diagram 2. Förändring av antalet sysselsatta i Sverige respektive i kommunsektorn.



En sådan utveckling är inte hållbar av tre skäl. Dels finns ett samlat behov av fler sysselsatta i ett näringsliv som växer. Det är framför allt den personalintensiva privata tjänstesektorn som expanderar. Dels upplever företagen, i så gott som alla branscher, betydande svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens redan idag.¹¹ Om hela ökningen av antalet sysselsatta skulle ske i kommunsektorn skulle detta innebära att bristen på kompetent personal i näringslivet ökar dramatiskt.

Sist, men inte minst, skulle försörjningsbördan per anställd i privat sektor (exklusive privat verksamhet med kommunal finansiering) öka markant. Det är den privata sektorn som ytterst finansierar välfärdstjänsterna.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Rekryteringsenkäten (2018).

Andelen sysselsatta i privat sektor skulle gå ner från 68 till 65 procent, och andelen i kommunal sektor öka från 27 till 30 procent mellan 2017 och 2025. Sett till hela befolkningen skulle försörjningsbördan per 100 anställda i privat sektor öka från 198 ytterligare personer, förutom sig själva, till 220 från 2017 till 2025, eller med cirka 10 procent. Således skulle den privata sektorns försörjningsbörda öka markant.^{12, 13}

Sammantaget blir detta ett orimligt scenario. Lösningen måste därför sökas i ökad effektivisering i kommunsektorn.

En ökad sysselsättningsgrad i ekonomin, och då särskilt i den privata sektorn, kan visserligen mildra arbetskraftsbristen och stärka finansieringen, men kan inte förändra de grundläggande obalanserna om utvecklingen fortsätter som hittills. Det är självklart ändå viktigt att vidta politiska åtgärder som kan underlätta en ökad sysselsättningsgrad. I denna rapport utgår vi från SKLs antagande om en ökning av antalet sysselsatta med i genomsnitt 0,5 procent per år fram till 2025, som i praktiken innebär en något lägre sysselsättningsgrad.¹⁴

Som en följd av den demografiska utvecklingen ökar också kommunsektorns investeringsbehov. Inom kommunernas kärnverksamhet planeras över 1 000 förskolor och skolor att byggas fram till 2021, liksom över 500 äldreboenden och boenden för funktionshindrade och personer inom individ- och familjeomsorg. En del av kommunsektorns investeringar kommer att lånefinansieras. Enbart kommunernas låneskuld (inklusive bolagen) beräknas öka från 520 miljarder kronor 2016 till 670 miljarder kronor 2019.¹⁵ Ett högre ränteläge än dagens, liksom ökade byggkostnader, riskerar därmed att slå hårt på kommunsektorns ekonomi.

Regeringens Långtidsutredning 2015 är ännu mer pessimistisk än SKL. Långtidsutredningen noterar nämligen att skattehöjningar som införs för att lösa problemet med välfärdens finansiering skulle få negativa effekter på tillväxten och bara kortsiktigt åtgärda problemet. Eftersom utredningens författare inte tror på större produktivitetshöjningar inom offentlig sektor, förklarar de att den långsiktiga lösningen behöver bli nedskärningar i välfärden:

”Utredningen bedömer att ett visst utrymme för skattehöjningar med rätt profil skulle kunna tas i anspråk, med begränsade negativa effekter på tillväxten. Men det är viktigt att notera att eventuella skattehöjningar enbart kan bidra till att lösa finansieringsproblemen på kort sikt. Om skattekvoten successivt måste höjas för att finansiera en kontinuerligt stigande efterfrågan kommer det relativt snart att bli omöjligt att hitta nya skatteförändringar som inte har en tydligt negativ effekt på ekonomins funktionssätt och därigenom på tillväxten.

¹² Ekonomifakta (2018), SKL (2018a) samt Arbetsgivarverket (2017).

¹³ Det förtjänar att påpekas att näringslivet och offentlig sektor är ömsesidigt beroende av varandra, liksom att vårt välfärdssystem innebär omfördelning av resurser över livscykel. Finansieringen av välfärdssystemen måste dock vara långsiktigt hållbar.

¹⁴ För att ge en känsla för betydelsen av ungas arbetsinsatser har Svenskt Näringsliv gjort simuleringar av arbetade timmar, BNP och de offentliga finanserna under olika scenarier. Simuleringarna bygger på antagandet om att svenska ungdomar etablerar sig på arbetsmarknaden ett år tidigare än de gjorde år 2016. Simuleringarna visar att antalet arbetade timmar skulle öka med 41 miljoner, vilket motsvarar cirka 25 000 sysselsatta, BNP med 23 miljarder kronor och de offentliga finanserna med nio miljarder kronor. Källa: Ackum m fl (2018).

¹⁵ SKL (2018a).

Det är enligt utredningens bedömning ofrånkomligt att det kommer att krävas svåra prioriteringar oavsett hur antalet arbetade timmar utvecklas, men naturligtvis i högre grad ju sämre utvecklingen blir. Det kan handla om val mellan välfärdstjänster och transfereeringar, mellan omsorg och utbildning, mellan pensioner och andra socialförsäkringar, och mellan utgiftsminskningar och skattehöjningar.¹⁶

Konjunkturinstitutet är mindre alarmerande i sina senaste hållbarhetsrapporter för de offentliga finansernas utveckling. Institutet räknar med att äldre i större utsträckning än idag kommer att arbeta framöver och att äldre personer dessutom i mindre utsträckning än idag kommer att utnyttja välfärdstjänster, till följd av bättre hälsa. Konjunkturinstitutet räknar dock med ett underskott i det offentliga sparandet fram till 2040 och att den offentliga nettoförmögenheten faller fram till samma år.^{17 18} I den senaste hållbarhetsrapporten framgår att ett sparande kommer att ske i ålderspensionssystemet fram tills 2040, givet antaganden om bättre hälsa bland de äldre samt längre arbetsliv. Detta är dock i strikt mening ett slutet system och inte avsett att täcka andra offentliga åtaganden. Såväl staten som kommunerna går under samma period med underskott.¹⁹

Konjunkturinstitutet är optimistiskt i flera av sina antaganden. Dessutom beaktas inte att staten kan komma att öka utgifterna väsentligt för till exempel försvar och infrastruktur, något som påverkar möjligheterna att öka statsbidragen. Det är också så att hänsyn inte tas till den arbetskraftsbrist som hotar välfärdstjänsterna i framtiden, vilken riskerar att resultera i högre arbetskraftskostnader.

En samlad bedömning är att den svenska välfärdsmodellen står inför ett vägval om utvecklingen fortsätter som hittills. Valen kan komma att stå mellan sänkt kvalitet eller höjda skatter. Som väl är finns också ett tredje alternativ som handlar om att få ut mer värde för de resurser som satsas. SKL skriver i sin senaste Ekonomirapport att ”det krävs ett ökat fokus på effektiviseringar för att hantera” det demografiska trycket på välfärden.²⁰ Svenskt Näringsliv delar den bedömningen. Det är genom effektiviseringar som den svenska välfärdsmodellens framtid kan säkras.

¹⁶ SOU 2015:104, s. 3.

¹⁷ Konjunkturinstitutet (2016).

¹⁸ Konjunkturinstitutet (2017).

¹⁹ Konjunkturinstitutet (2018).

²⁰ SKL (2017), s. 3.

3. Produktivitetspotential på 41 miljarder kronor i kommunerna

I början av 2017 publicerade Svenskt Näringsliv en rapport, där konsultföretaget WSP på uppdrag av Svenskt Näringsliv analyserat möjligheten till effektiviseringar inom kommunal verksamhet. Analysen omfattade välfärdsområdena förskola, grundskola, gymnasieskola, äldreomsorg, individ- och familjeomsorg (IFO) samt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Beräkningarna utfördes i två steg. Steg ett var att fastställa en målbild, i form av benchmarking av kommuner som ligger bättre till än övriga kommuner i termer av såväl låga kostnader som hög kvalitet. Bland kommunerna som nådde upp till hög kvalitet valdes de femton kommuner med lägst kostnader ut. Dessa utgör benchmarkinggruppen med vilka övriga kommuner jämfördes. Det andra steget var att analysera vad det skulle innebära om övriga kommuner bedrev sina verksamheter till lägre kostnader, genom att närma sig benchmarkinggruppens genomsnittliga ekonomiska resultat.²¹ Beräkningarna utfördes för varje välfärdsområde var för sig. Tillsammans stod förskola, grundskola, gymnasieskola, äldreomsorg, individ- och familjeomsorg samt stöd och service till vissa funktionshindrade för kostnader på nära 375 miljarder kronor. Detta motsvarar 77 procent av kommunernas sammanlagda driftskostnader. Analysen gäller för verksamhetsåret 2015.²²

Kommuner har olika strukturella förutsättningar, vilka kan inverka på såväl kvalitet som kostnaden för olika verksamheter. Exempel på strukturella förutsättningar är att hemtjänstens kostnader kan bli högre i kommuner med låg befolkningstäthet, där utförarna av hemtjänst behöver resa långt till och mellan brukare. Ett annat exempel är att resultaten i skolan kan förväntas vara sämre, allt annat lika, i kommuner där skolbarnens föräldrar själva har låg utbildningsnivå. I syfte att rensa för dessa effekter användes i studien kostnadsmått, och i mån av möjlighet även kvalitetsmått, som är rensade för strukturella faktorer.²³

Om samtliga kommuner som har högre kostnader än benchmarkinggruppen sänker sina kostnader till genomsnittet av benchmarkinggruppens kostnader, skulle betydande belopp kunna frigöras i välfärden. Sammanlagt för de olika kommunala välfärdsområdena motsvarade effektiviseringspotentialen i analysen 41,5 miljarder kronor per år, eller drygt 11 procent av de totala kommunala kostnaderna för de studerade välfärdsområdena.²⁴

²¹ Svenskt Näringsliv (2017a).

²² Ibid.

²³ Ibid. Rensade strukturella data togs fram från Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada).

²⁴ Ibid.

Tabell 1. Effektiviseringspotential i kommunala verksamheter.

	Kostnad idag (miljarder kr)	Effektiviseringspotential (miljarder kr/år)	Procentuell effektiviseringspotential
IFO	38,1	7,3	19,2%
Äldreomsorg	99,0	11,4	11,5%
LSS	44,7	4,6	10,3%
Grundskola	96,7	9,7	10,0%
Förskola	60,0	5,8	9,7%
Gymnasieskola	36,0	2,6	7,2%
Totalt	374,6	41,5	11,1%

Källa: Svenskt Näringsliv (2017a).

Även utanför de välfärdsområden som ingick i studien finns det en besparingspotential. Skattebetalarnas Förening har kartlagt kommunernas kostnader för politisk verksamhet, kultur och fritid samt infrastruktur, skydd m.m. Jämförelsen mellan kommuner som spenderar mycket och de som spenderar mindre visar på en besparingspotential på 10–18 miljarder kronor. Denna besparing kan bli möjlig genom att kommuner med höga kostnader inom de tre verksamhetsområdena minskar sina utgifter.²⁵ Besparingar kan alltså genomföras både genom större fokus på kommunala kärnverksamheter och genom effektiviseringar inom kärnverksamheter. I denna rapport ligger fokus på den senare strategin för att nå förbättrad resurshushållning.

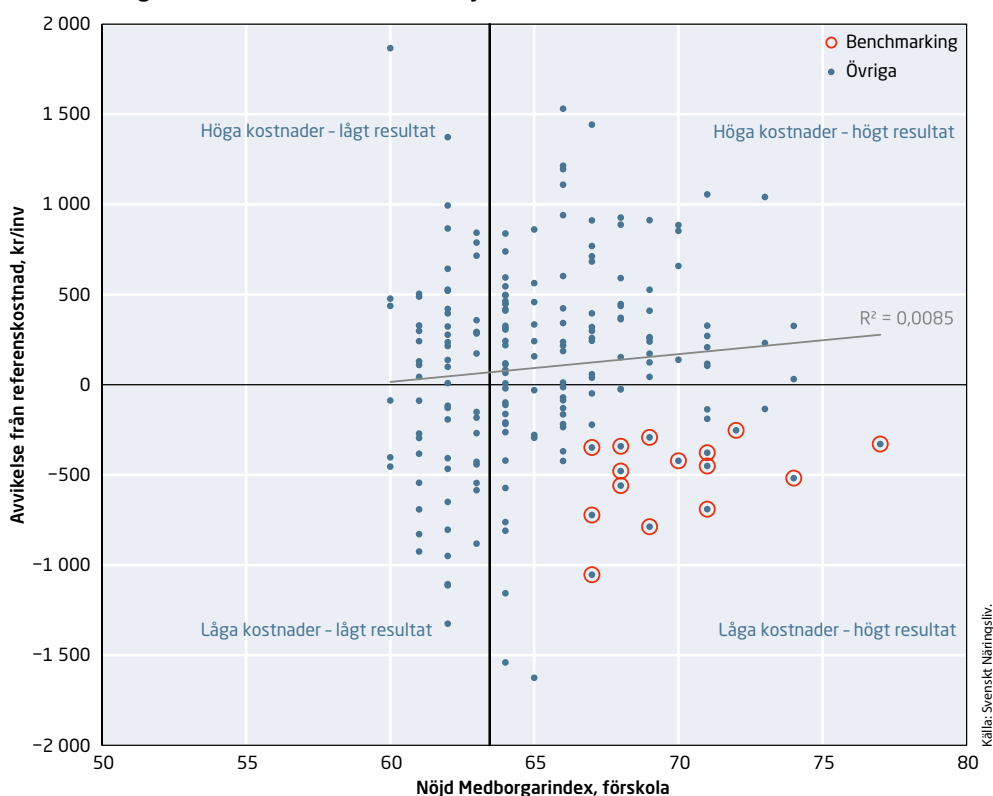
²⁵ Skattebetalarnas Förening (2016).

4. Resurser och kvalitet i skolan

4.1 Bristande samband mellan resurser och kvalitet vid jämförelse mellan svenska kommuner

På skolans område finns omfattande möjligheter till effektiviseringar. Det visar jämförelser mellan kvalitet och kostnader, för såväl förskolan som grundskolan och gymnasieskolan. Nedan visas sambandet mellan kostnader och kvalitet för förskolan. De blå prickarna motsvarar olika kommuner i Sverige. De 15 kommuner som har ringats in med röda cirklar är de benchmarkingkommuner som kombinerar låga kostnader med höga resultat. Som diagrammet visar finns knappt något samband mellan kostnad och kvalitet efter justering för strukturella skillnader mellan kommuner. Förklaringsgraden är mindre än 1 procent, det vill säga att höga kostnader till mindre än 1 procent kan förklara utfall i kvalitet. Jämförelsen visar att det uppenbarligen är möjligt att få mer värde för varje skattekrona i förskolan. Om de kommuner som har högre kostnader vore lika kostnadseffektiva som benchmarkingkommunerna, skulle besparingar på 5,8 miljarder kronor per år bli möjliga i förskolan.²⁶

Diagram 3. Kostnads- och kvalitetsjämförelse för förskolan.



²⁶ Svenskt Näringsliv (2017a).

I diagrammet nedan visas motsvarande analys för grundskolan. För förskolan används nöjd medborgar-index som kvalitetsindikator för verksamheten. För grundskolan används i stället genomsnittligt meritvärde i årskurs 9 i relation till hur högt meritvärde som kan förväntas finnas i kommunen givet strukturella förutsättningar (till exempel föräldrarnas egen utbildningsnivå). Här anges den procentuella avvikelser i meritvärde i relation till det som kan förväntas. Det vill säga, kvalitetsindikatorn är justerad för socioekonomiska variabler och kostnadsvariabeln är justerad för de strukturella variabler som påverkar kommunernas kostnadsnivå. Som trendlinjen visar är sambandet mellan kostnad och kvalitet mycket svagt också för grundskolan. Förklaringsgraden mellan kostnad och kvalitet är mindre än 3 promille (mindre än en tredjedels procent). Besparingar på 9,7 miljarder kronor kan bli möjliga om alla kommuner som har högre kostnader fick samma kostnader för verksamheten som benchmarkingkommunerna.²⁷

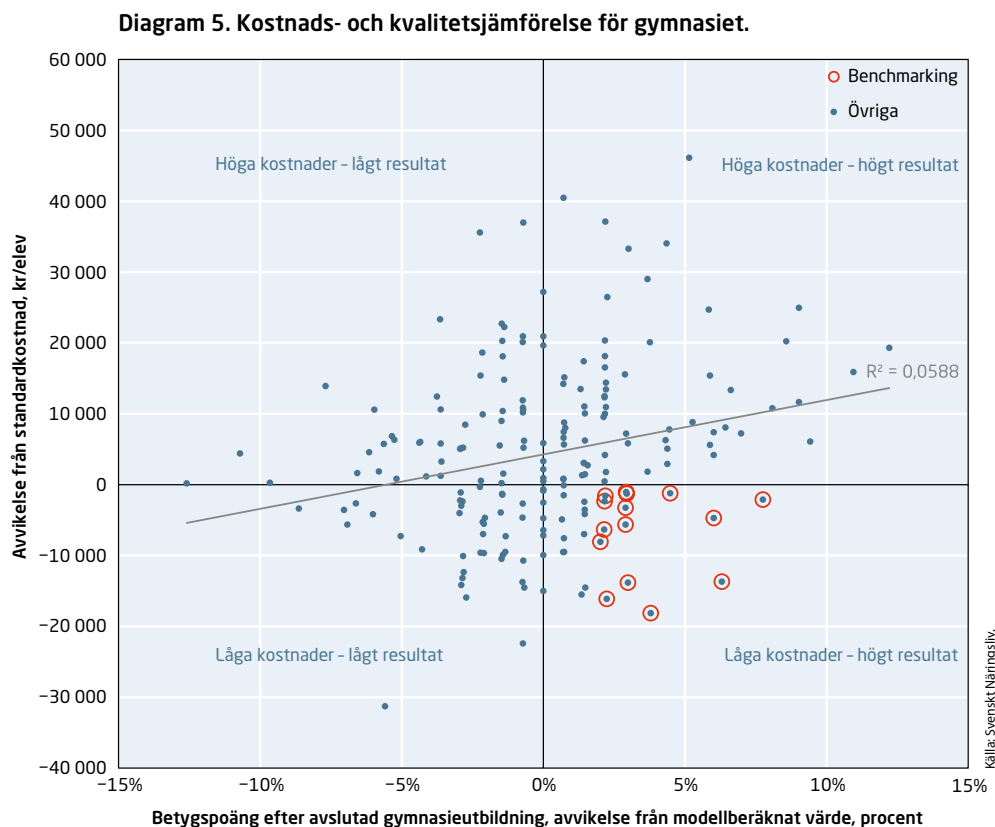
Diagram 4. Kostnads- och kvalitetsjämförelse för grundskolan.



Samma samband har undersökts för gymnasieskolan. Gymnasieskoleverksamhet bedrivs inte i alla kommuner. Därför omfattar detta avsnitt bara de 194 kommuner där det finns kommunala gymnasier. Den kvalitetsindikator som används är betygspoängens avvikelse från det betygspoäng som i snitt kan förväntas finnas för elever i kommunala gymnasieskolor, givet kommunens strukturella förutsättningar. Förklaringsgraden är strax under 6 procent för gymnasieskolor, det vill säga kostnaden kan i något större utsträckning än för förskola och grundskola förklara variationer i kvalitet. Även detta samband är dock mycket svagt. Besparingar på 2,6 miljarder kronor kan bli möjliga om alla kommuner som har högre kostnader vore lika kostnadseffektiva som benchmarkingkommunerna.²⁸

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid.



En fråga som uppkommer när dessa spridningsdiagram avseende resurser och resultat inom skolväsendet studeras är självklart vad som utmärker de kommuner som presterar väl. Vad är det som skiljer i styrning, arbetssätt, uppföljning och utvärdering, samverkan inom kommunen, relationen till friskolor och fristående förskolor inom kommunen etc. jämfört med de kommuner som presterar svagt? Denna fråga bör vara ett prioriterat område för framtida forskning och utvecklingsarbete.

4.2 Bristande samband även vid jämförelse mellan rika länder

I svenska kommuner existerar alltså knappt något samband mellan kostnader och kvalitet i skolan. Vid en jämförelse av olika länder finns ett visst samband, där rika länder som liksom Sverige spenderar mera på skolan lyckas bättre än fattiga länder som spenderar mindre på skolan. Det senaste sambandet slår OECD fast baserat på resultaten från den internationella PISA-mätningen, som jämför skolelevs kunskaper i olika länder. Att spendera stora summor på utbildning är dock inte heller i internationellt avseende en garanti för goda utfall i skolan. Sverige tillhör de länder i världen som satsar mest på utbildning som andel av BNP. Trots detta har Sverige under längre tid haft fallande resultat i PISA-undersökningarna. Först i den senaste PISA-mätningen har delar av det omfattande tappet tagits igen.²⁹

PISA-studierna finner att sambandet mellan utgifter på utbildning och kvalitet drivs av fattiga länder som spenderar relativt lite på utbildning. Bland rika länder existerar knappt något samband mellan utfall i form av elevprestation och utgifter på undervisning. Detta samband visas i figuren nedan för resultat i den naturvetenskapliga delen av PISA-provet. Bland fattigare länder som spenderar relativt lite på utbildning (markerade med blått) finns ett starkt samband mellan resurser och utbildnings-

²⁹ Se till exempel Svenskt Näringsliv (2012), PISA (2014, 2016a).

kvalitet. Förklaringsgraden är 41 procent, det vill säga mycket stark. Bland de rikare länderna (markerade med orange) existerar i princip inget samband. Förklaringsgraden för rikare länder är bara 1 procent, det vill säga ökade utgifter har mycket marginell inverkan på studieresultaten. Tyskland, Finland, Irland och Kanada tillhör som exempel länder som spenderar mindre än Sverige men ändå har bättre utfall.³⁰

Diagram 6. Kostnads- och kvalitetsjämförelse i naturvetenskap, olika länder.



Sveriges grannland Estland spenderar betydligt mindre på utbildning än Sverige eftersom landet har lägre välståndsnivå. De resurser som spenderas på utbildning av elever mellan 6 och 15 års ålder i Estland är enligt PISA 58 procent av nivån i Sverige. Man skulle kunna förvänta sig att Estland därför skulle ha sämre skolresultat. I själva verket presterar elever i Estland bättre i samtliga tre ämnen i PISA 2015 jämfört med Sverige. I matematik och naturvetenskap har Estland bättre resultat också jämfört med Finland – ett land som ofta lyfts fram som föregångare i PISA – medan Finland klarar sig bättre i läsförståelse.³¹

Förutom god resurshushållning och goda skolresultat finns också skäl att verka för likvärdighet i skolresultaten. Framför allt skolor belägna i marginaliserade områden, där en stor del av föräldrarna och barnen har utländskt ursprung och arbetslösheten är hög, upplever problem med att lära ut nödvändiga färdigheter. Den stigande boendesegregationen, kopplad till omfattande migrationsströmmar, bidrar till att aktualisera frågan om likvärdighet i skolresultat.

³⁰ PISA (2016b).

³¹ PISA (2016a).

Intressant nog lyckas Estlands skolsystem leverera mer jämlika utfall än i Sverige. Det genomgående mönstret är att socioekonomi spelar en mindre roll för skolresultaten i Estland jämfört med i Sverige och Finland.³² Jämförelsen mellan Estland och Sverige illustrerar tydligt möjligheten att få ut mera kvalitet med mindre resurser.

4.3 Kommunala underskott i den svenska skolan

Frågan om underskott i skolans verksamheter är även intressant att belysa. Det är sannolikt relativt ofta förekommande att skolor i egen kommunal drift går med kontinuerliga underskott, vilka täcks upp av skattebetalarna. I en kartläggning som publicerades för Skattebetalarnas Förening under 2018 undersöktes utfallet för gymnasieskolor i egen regi i kommunerna Stockholm, Göteborg, Malmö och Sundsvall. Sammanlagt hade de kommunala gymnasieskolorna i dessa kommuner ett ekonomiskt resultat på minus 52,7 miljoner kronor för år 2016. Detta motsvarar ett underskott på 1,1 procent av den totala budgeten.³³

³² 7,8 procent av skillnaderna i elevernas prestation i naturvetenskap förklaras av socioekonomiska variabler i Estland, vilket är lägre än 10,0 procent i Finland och 12,2 procent i Sverige. I läsförståelse förklaras 7,3 procent av skillnaderna i Estland av socioekonomiska variabler, återigen lägre än 9,6 procent i Finland och 11,1 procent i Sverige. I matematik förklarar de socioekonomiska variablerna åter minst andel av skillnaden i Estland, 9,8 procent, jämfört med 11,1 procent i Sverige och 11,6 procent i Finland. Källa: OECD (2016).

³³ Sanandaji (2018).

5. Bristande samband mellan resurser och kvalitet i äldreomsorgen

Äldreomsorgen omfattar vård och omsorg för äldre i särskilda boenden, ordinarie boenden, hemtjänst, korttidsboenden, dagverksamhet och öppen verksamhet. Socialstyrelsen genomför en undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreomsorg. Helhetsbedömningen av kvalitet i denna brukarundersökning används här som kvalitetsmått i äldreomsorgen. I diagrammet nedan jämförs detta kvalitetsmått med kostnaden för äldreomsorg, efter justering för strukturella skillnader som kan påverka kostnaden i kommunerna. Benchmarkingkommunerna som kombinerar hög kvalitet med låg kostnad markeras med röd cirkel.

En likhet med de tre skolområdena är att det enbart finns ett svagt samband mellan kostnad och kvalitet i äldreomsorgen. Förklaringsgraden är under 1 procent, och är dessutom negativ: sambandet är att hög kostnad hör samman med marginellt lägre kvalitet. Om de kommuner som har högre kostnader fick samma kostnader för verksamheten som de benchmarkingkommuner som kombinerar låga kostnader med höga resultat, skulle besparingar på 11 miljarder kronor per år bli möjliga i äldreomsorgen.³⁴

Diagram 7. Kostnads- och kvalitetsjämförelse för äldreomsorgen.



³⁴ Svenskt Näringsliv (2017a).

Att omfattande produktivetsmöjligheter existerar i äldreomsorgen framkommer även i en studie från Vårdanalys. I studien analyseras kostnaderna för äldreomsorg i olika svenska kommuner. Kostnaderna korrigeras för att i största möjliga utsträckning korrigera för strukturella skillnader i de äldres omsorgsbehov eller kommuners förutsättningar att bedriva äldreomsorg.³⁵ I studien sammanfattas resultaten enligt följande:

”Resultaten av analysen visar betydande skillnader i kommunernas produktivitet vid tillhandahållandet av äldreomsorg. Det är ett fåtal kommuner som utmärker sig i produktivitetshänseende. Potentialen tycks vara stor för att på bred front kunna öka produktiviteten inom sektorn.”³⁶

Vårdanalys gjorde även en korrelationsanalys mellan produktivitet och kvalitet, mätt som brukarnöjdhet. Något statistiskt samband finns inte. Detta tyder på att en högre produktivitet inte har uppnåtts på bekostnad av kvaliteten.

Kostnader, kvalitet och bemanning inom äldreomsorg är ständigt aktuella frågor. I dagsläget finns få studier om hur kostnader och personaltäthet relaterar till och påverkar kvaliteten inom omsorg av äldre. I en rapport från Svenskt Näringsliv analyseras tillgängliga offentliga data för att reda ut eventuella samband. Studien visar att om personaltätheten inom särskilt boende för äldre ökar med 10 procent ökar brukarnöjdheten med 0,7 procent, det vill säga om antalet nöjda brukare tidigare var 70 så skulle det med ökad personaltäthet öka till 71 nöjda brukare. Detta indikerar att ökad personaltäthet – vilket är kostsamt – generellt sett har svag effekt på kvaliteten.³⁷ Sammanfattningsvis pekar analyserna på omfattande möjligheter att få ut mer av de resurser som satsas på äldreomsorgen.

³⁵ Vårdanalys (2013).

³⁶ Ibid, s. 10.

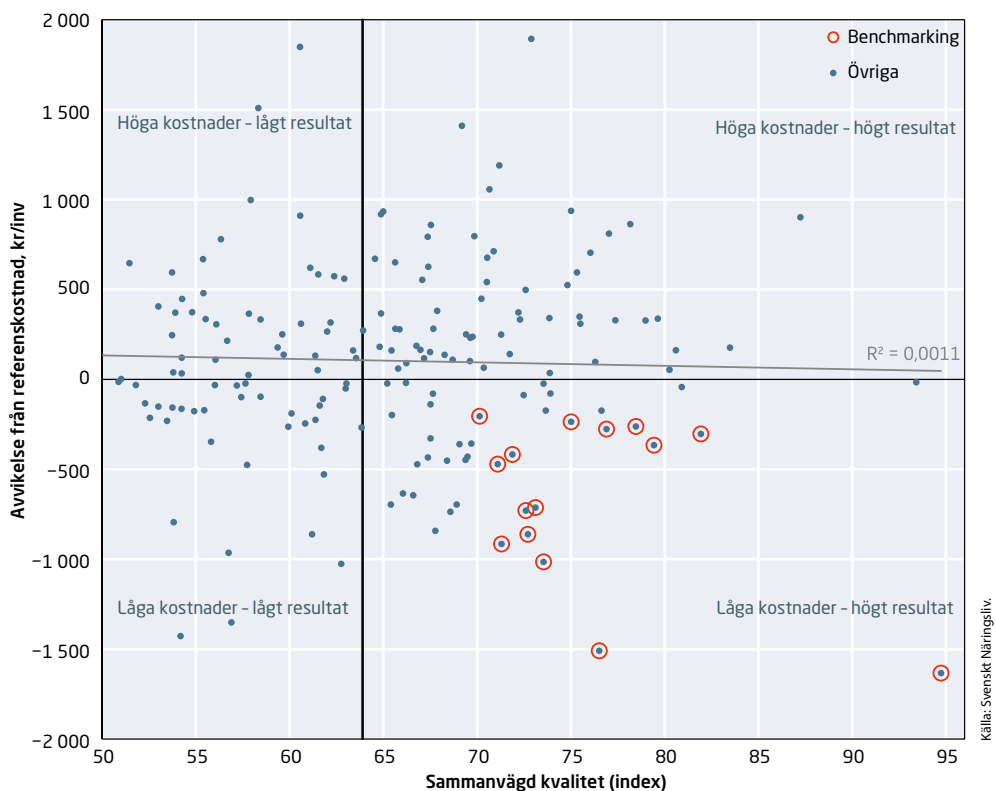
³⁷ Svenskt Näringsliv (2015a), s. 21.

6. Resurser och kvalitet i individ- och familjeomsorgen

Individ- och familjeomsorg består av de verksamheter som kommuner har för att stötta medborgare i svåra livssituationer. Det omfattar bland annat stöd till familjer i form av familjehem, adoption, familjerådgivning, försörjningsstöd och missbruksvård. Någon brukarundersökning av tillräcklig kvalitet eller omfattning existerar inte för individ- och familjeomsorgen. I stället har benchmarkingstudien utgått från ett sammanvägt mått som består av flera olika variabler, nämligen: utredningstider för vuxna samt barn och ungdomar med missbruksproblem, väntetider för försörjningsstöd samt andelen utredningar eller insatser som ej har återaktualiserats efter avslutade utredningar. Dessa mått ger en indikation på hur väl individ- och familjeomsorgen fungerar i olika kommuner.

Den ekonomiska effekten beräknas genom att räkna hur nettokostnaden i respektive kommun avviker från referenskostnaden, mätt som kronor per invånare. Referenskostnaden anger den kostnad för individ- och familjeomsorgen som kan förväntas finnas i kommunen. Beräkning av referenskostnaden sker på basis av nettokostnaden för individ- och familjeomsorg i riket, andelen lågutbildade i kommunen, andelen arbetslösa i kommunen, tätortsgrad, andelen boende i flerfamiljshus samt andelen som under en längre period försörjs av ekonomiskt bistånd. Det vill säga, referenskostnaden tar hänsyn till de socioekonomiska grundfaktorer som sammanhör med och leder till social utsatthet. Resultaten av analysen visas i diagrammet nedan. Även i detta fall markeras benchmarkingkommunerna, som kombinerar hög kvalitet med låg kostnad, med en röd cirkel.

Diagram 8. Kostnads- och kvalitetsjämförelse för individ- och familjeomsorg.



Något samband mellan kvalitetsnivå och kostnader för individ- och familjeomsorgen går inte att finna. Förklaringsgraden mellan dessa parametrar är enbart en tusendel. Ifall de kommuner som har högre kostnader fick samma kostnader för verksamheten som de benchmarkingkommuner som kombinerar låga kostnader med höga resultat, skulle drygt 7 miljarder kronor per år kunna sparas in på individ- och familjeomsorgen.³⁸ I likhet med skolans verksamheter och äldreomsorgen finns även här betydande möjligheter till kostnadsbesparing.

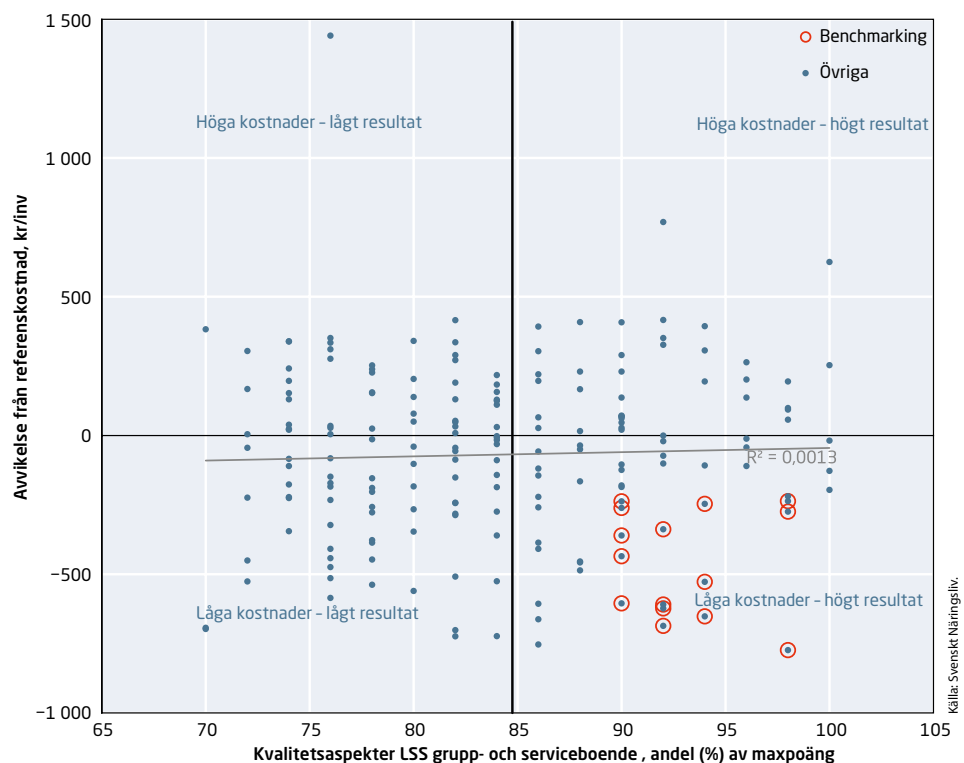
³⁸ Svenskt Näringsliv (2017a).

7. Resurser och kvalitet inom boenden för funktionshindrade, personlig assistans och daglig verksamhet (LSS)

Kommunernas stöd och service till vissa funktionshindrade enligt LSS omfattar främst boende, personlig assistans och daglig verksamhet. Liksom för individ- och familjeomsorgen finns det inget heltäckande kvalitetsmått för att avgränsa benchmarkinggruppen. För verksamhetsområdet stöd och service till funktionshindrade har därför ett annat mått använts, ”Kvalitetsaspekter för LSS-grupp- och serviceboenden, andel (procent) av maxpoäng”, vilket är en sammanvägning av flera olika kvalitetsmått på LSS-grupp- och serviceboenden. Måttet är inte heltäckande, dels genom att det enbart fokuserar på grupp- och serviceboenden, dels genom att bara 211 av 290 kommuner har inrapporterade data. Dock bedöms det vara tillräckligt för syftet med denna analys.

Som för övriga områden utgår beräkningen av den ekonomiska effektiviteten från nettokostnadens avvikelse från referenskostnaden, definierad som kronor per invånare. Indikatorn visar hur kommunens faktiska kostnad avviker från dess referenskostnad, som bygger på nettokostnader och strukturvariabler för det aktuella året. Positiva avvikelser från referenskostnaden innebär att kommunen har en kostnadsnivå som är högre än vad strukturen motiverar, medan negativa avvikelser innebär att kommunen har en kostnadsnivå som är lägre än vad strukturen motiverar. Därigenom möjliggörs jämförelser mellan kommuner trots att de har skilda strukturella förutsättningar. Resultaten av analysen visas i diagrammet nedan. Även här markeras benchmarkingkommunerna, som kombinerar hög kvalitet med låg kostnad, med en röd cirkel.

Diagram 9. Kostnad och kvalitetsjämförelse för LSS-verksamheten.



Något samband mellan kvalitetsnivå och kostnader för LSS-verksamheten går inte att finna. Förklaringsgraden mellan dessa parametrar är en tusendel. Ifall de kommuner som har högre kostnader fick samma kostnader för verksamheten som de benchmarkingkommuner som kombinerar låga kostnader med höga resultat, skulle knappt 5 miljarder kronor per år kunna sparas in på LSS-verksamheten.

Också inom kommunal omsorgsverksamhet (äldreomsorg, individ- och familjeomsorg samt LSS-verksamheten) är skillnaderna mellan kommunerna när det gäller hur mycket värde man får ut av skattekrönorna således stora. Även här finns ett stort behov av forskningsinsatser för att närmare kartlägga vad som skiljer i styrning, arbetssätt, uppföljning osv.

8. Resurser och kvalitet i sjukvården - produktivetspotential på 18 miljarder kronor

8.1 Potential för förbättrad produktivitet vid jämförelser inom Sverige

Det finns ett flertal studier som visar på möjligheten att effektivisera inom vården, och därmed frigöra medel. I en rapport från 2009, publicerad av Svenskt Näringsliv, jämförs kostnaden för behandling av samma eller likartade diagnoser i olika svenska läns- och regionsjukhus för sådan vård som kräver att patienten läggs in över natt (slutenvård). Uppgifter om sjukhusens kostnader hämtades från den så kallade KPP-databasen (KPP står för kostnad per patient). Studien visade på omfattande skillnader. När det gäller okomplicerade höft- och lårbensoperationer kostade detta på de tre länsjukhus som hade lägst kostnad i genomsnitt 45 000 kronor, jämfört med 69 000 kronor på det dyraste länsjukhuset. Beräkningar genomfördes om vilka besparingar som skulle kunna bli möjliga om alla sjukhus var lika produktiva som genomsnittet av de tre mest produktiva. Om alla sjukhus var lika produktiva som de tre mest produktiva sjukhusen skulle den samlade produktivitetsvinsten uppgå till cirka 7 miljarder kronor. Detta motsvarade drygt 10 procent av de totala kostnaderna.³⁹

Av en jämförelse som SKL gjort, och som också bygger på skillnader i kostnad för samma diagnos, framgår att kostnaderna för en vaginal förlossning skiljde sig kraftigt mellan landets regionsjukhus, där till exempel Karolinska sjukhuset hade 25 procent högre kostnader än genomsnittskostnaden för en vaginal förlossning på regionsjukhus.⁴⁰

SKL har i Ekonomirapporten, april 2015, redovisat ett diagram över landstingens kvalitet och kostnader, som bygger på Öppna jämförelser 2014. Kvaliteten utgörs av ett totalindex för de kvalitetsindikatorer som ingår i Öppna jämförelser 2014. Indikatorerna mäter medicinsk kvalitet, patienterfarenhet och tillgänglighet. Det ska observeras att indexet inte är konstruerat för att utvärdera landstingens samlade kvalitet, utan är bara en sammanläggning av alla i Öppna jämförelser ingående kvalitetsindikatorer. Detta totalindex ställs mot strukturjusterade kostnader för hälso- och sjukvården i landstingen, det vill säga kostnaderna är justerade för olikheter i strukturella förutsättningar mellan landstingen.⁴¹

Den bild som träder fram är av intresse. Diagrammet nedan tyder på bristande samband mellan kostnad och kvalitet. SKL räknar inte på den besparingspotential som är möjlig, men uppenbarligen skulle mycket vara vunnet om övriga landsting nådde resultaten i Landstingen i Östergötland och Kalmar – som kombinerar bra betyg i totalindexet över kvalitet med relativt låga kostnader.⁴²

³⁹ Morin, Norberg och Orelund (2009).

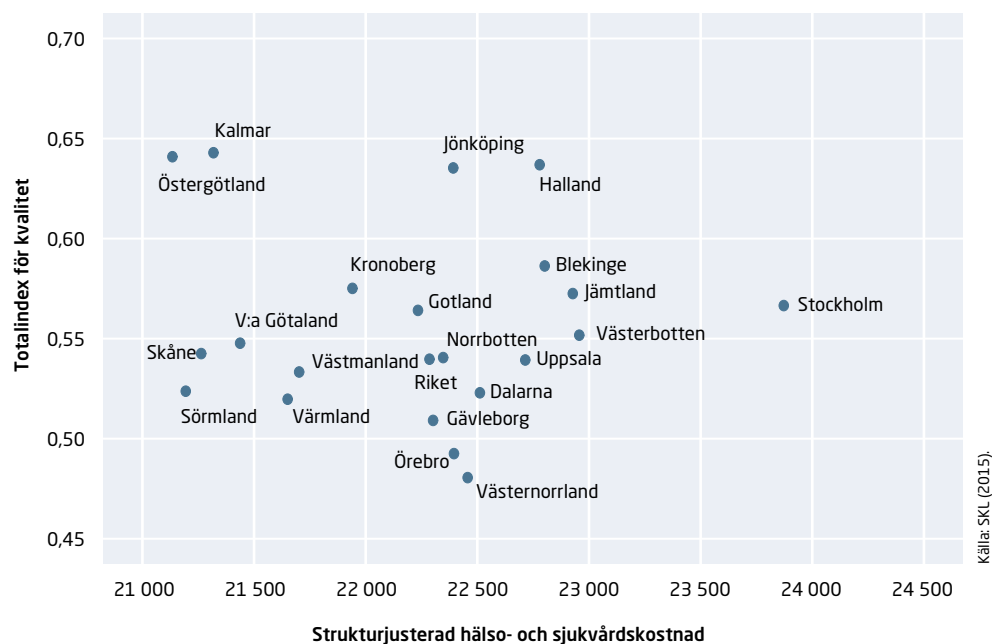
⁴⁰ SKL (2017a).

⁴¹ SKL(2015).

⁴² De höga kostnaderna för Stockholm förklaras delvis av en hög tillgänglighet och mer omfattande psykiatrvård.

Diagram 10. Stukturjusterad kostnad per invånare och resultatindex för hälso- och sjukvården.

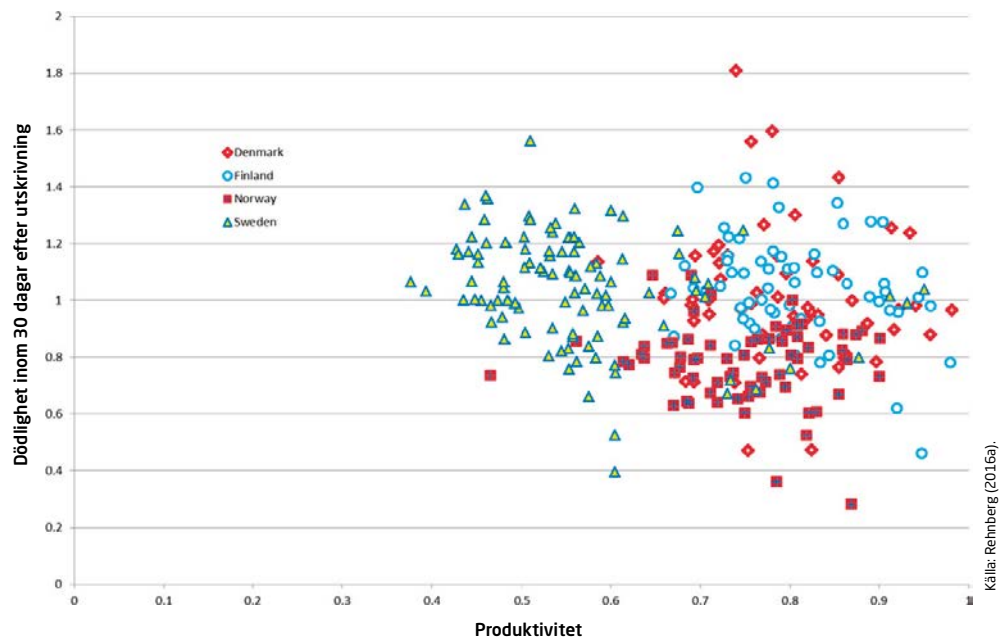
Kronor per invånare och totalindex för kvalitet.



Under 2016 publicerade Svenskt Näringsliv en rapport om produktivitetsskillnader på akutsjukhus i Norden. Rapporten har författats av professor Clas Rehnberg vid Karolinska institutet. Två centrala slutsatser framkommer. Den första är att de svenska akutsjukhusen har lägst produktivitet vid en nordisk jämförelse. Den andra är att det föreligger betydande potential för produktivitetssökningar i den svenska akutsjukhusvården, om man jämför olika sjukhus med varandra. De sjukhus i Sverige som har högst produktivitet presterar cirka 40 procent bättre än genomsnittet. Det visar sig även att det genomsnittliga sjukhusets produktivitet är cirka 40 procent högre än de sjukhus som har lägst produktivitet. Det vill säga, sjukhus med låg produktivitet förklarar mycket av skillnaden. Det visar sig inte heller finnas någon motsättning mellan hög produktivitet och hög kvalitet i akutsjukhusvården.⁴³

⁴³ Rehnberg (2016a), se även Rehnberg (2016b).

Diagram 11. Samband mellan produktivitet och kvalitet, mätt som dödlighet efter utskrivning - akutsjukhus i Norden.



I rapporten beräknar Svenskt Näringsliv produktivetspotentialen genom att anta att samtliga sjukhus förbättrar sin produktivitet med 5 procent, samt att de sjukhus som har en lägre produktivitet än genomsnittet förbättrar produktiviteten till genomsnittets nivå. Detta skulle enligt rapporten innebära en besparingspotential på 18 miljarder kronor årligen.

Också inom sjukvården bör självklart fördjupade undersökningar göras för att kartlägga de viktigaste faktorerna för vad skillnaderna i produktivitet och effektivitet mellan sjukhus och mellan landsting faktiskt beror på.

8.2 Underskotten vid offentliga sjukhus och vårdcentraler

En indikation på de svenska sjukhusens produktivetsproblem är att de också har problem med att hålla sin ekonomi i balans. En kartläggning av 19 sjukhus, för vilka resultaten faktiskt redovisas separat, genomfördes under 2014. Då gick fyra av de offentliga sjukhusen med små överskott. Övriga 15 gick med förlust, varav fem med underskott på över hundra miljoner kronor vardera. Sammanlagt gick sjukhusen med ett underskott på 1,7 miljarder kronor.⁴⁴ En uppföljande studie baserad på 2015 års data visar att förlusterna då uppgick till drygt en miljard kronor för samma sjukhus.⁴⁵ Under perioden 2012–2015 uppgick sjukhusens samlade resultat till minus 4,2 miljarder kronor, vilket illustreras i tabellen nedan. Att de offentliga sjukhusen rutinmässigt tillåts gå med förlust, samtidigt som produktiviteten i en nordisk jämförelse är svag, visar på omfattande styrningsproblem i svensk sjukvård och att detta medför ett fortgående slöseri med skattemedel.

⁴⁴ Sanandaji (2016).

⁴⁵ Sanandaji (2017).

Tabell 2. Resultat för offentliga sjukhus vars ekonomiska resultat redovisas enskilt, miljoner kr (2015).

Värmlands sjukhus	-177,5
Angeredes närsjukhus	0,1
Frölunda Specialistsjukhus	-1,1
Alingsås lasarett	-22,8
Kungälv's sjukhus	-25,0
Skaraborgs sjukhus	-63,4
Södra Älvsborgs sjukhus	-43,8
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	-122,4
Hallands sjukhus	-173,3
Blekingesjukhuset	-77,1
Regionsjukhuset Karsudden	-16,7
Akademiska sjukhuset	-233,0
Lasarettet i Enköping	2,0
Karolinska Universitetssjukhuset	-98,0
Danderyds sjukhus	-18,0
Södersjukhuset	59,0
Sjukhuset Tiöhundra	-9,0
Södertälje sjukhus	-16,0
S:t Eriks Ögonsjukhus	16,0
Summa	-1 020,0

Källa: Samandaji (2017).

Konkurrensverket publicerade 2014 en kartläggning av underskott i offentliga vårdcentraler. Myndigheten förklarade motivet till undersökningen med att offentliga vårdcentraler i drygt fyra år då hade verkat sida vid sida med de privata vårdcentralerna. Alla landsting instämde i att villkoren bör vara likvärdiga, men de privata vårdgivare som Konkurrensverket kom i kontakt med framförde exempel på att det brast i likabehandling. Framför allt menade de privata vårdgivarna att landstingen tillät sina vårdcentraler att gå med underskott. Myndigheten lyckades kartlägga ekonomin i olika vårdcentraler genom en omfattande enkätundersökning, där 1 065 vårdcentraler svarade på frågor om sin ekonomiska situation för året 2012. Det visade sig att hela 48 procent av de offentligt drivna vårdcentralerna mycket riktigt gick med underskott. Så gjorde även 28 procent av de privata vårdcentralerna. De senare förlusterna täcktes dock av privata ägare snarare än av offentliga resurser.⁴⁶ Detta innebär inte att de privata ägarna efterskänker underskotten – de kommer helt naturligt vilja ha täckning för dessa underskott. Den viktiga skillnaden är att i offentlig verksamhet finns alltid en sista utväg i form av skattehöjningar. Det alternativet existerar inte för de privata. För att undvika att förlora hela eller en del av kapitalet de satsat i verksamheten måste de privata ägarna ta igen förlusterna genom ökad effektivitet, eftersom de agerar på en marknad där den offentliga beställaren alltid i slutänden är den som sätter priset.

⁴⁶ Konkurrensverket (2014b).

Under 2016 publicerade Vårdföretagarna en kartläggning baserad på landstingens årsredovisningar för åren 2011 till 2015. Det visade sig att drygt hälften av landstingen gick med underskott i primärvården i egen regi under 2011. Underskotten blev något mindre vanliga under 2012, 2013 och 2014, men ökade sedan igen. Under det senast tillgängliga året, 2015, fanns underskott för primärvården i tre fjärdedelar av landstingen. Som visas nedan fanns de största underskotten i Region Skåne. Även i Region Jämtland Härjedalen, Region Örebro län samt Landstinget i Värmland översteg förlusterna 50 miljoner kronor. I fem regioner uppvisades små överskott. Sammanlagt gick samtliga landstingsverksamheter i egen regi back med 421 miljoner kronor i Sverige under 2015.⁴⁷

Tabell 3. Resultat för primärvården i egen regi inom ramen för vårdvalet, miljoner kronor (2015).

Region Skåne	-64,6
Region Jämtland Härjedalen	-58,7
Region Örebro län	-56,9
Landstinget i Värmland	-50,9
Norrbottnens läns landsting	-46,0
Landstinget i Kalmar län	-39,2
Landstinget Västmanland	-35,2
Region Gävleborg	-28,3
Västerbottnens läns landsting	-23,8
Region Gotland	-18,1
Landstinget Västernorrland	-17,0
Region Östergötland	-7,7
Landstinget Sörmland	-4,1
Stockholms läns landsting	-3,6
Region Halland	-3,0
Region Jönköpings län	-2,3
Region Kronoberg	1,5
Landstinget Blekinge	2,3
Landstinget i Uppsala län	4,1
Västra Götalandsregionen	13,2
Landstinget Dalarna	17,2
Totalt	-421,1

Källa: Vårdföretagarna (2016) och egen beräkning.

⁴⁷ Vårdföretagarna (2016).

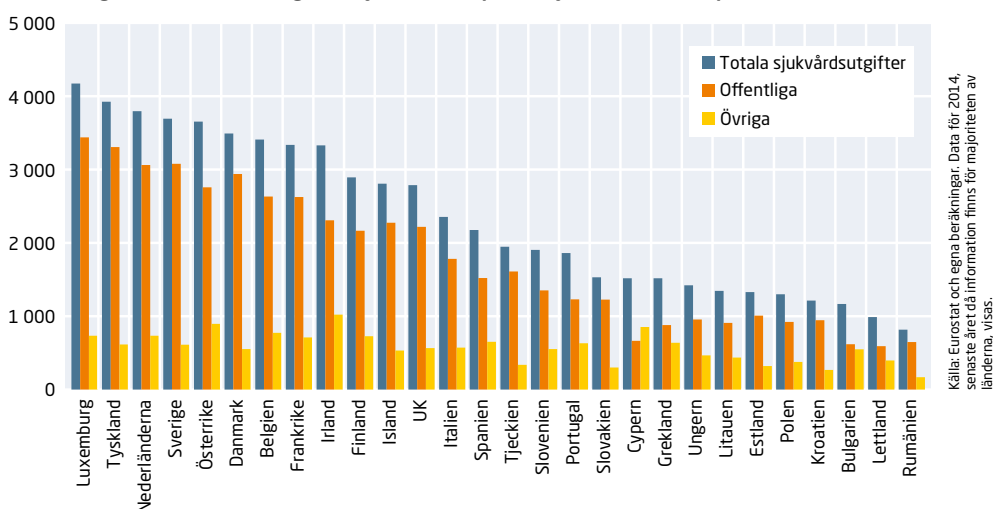
9. Svensk sjukvård i internationell jämförelse - kostnader och produktivitet

Sverige tillhör de länder i Europa som spenderar mest resurser på sjukvården, oavsett om man mäter per invånare eller som andel av bruttonationalprodukten (BNP). Det är också ett av de länder där den offentliga finansieringen av vården utgör störst andel av de totala utgifterna. Kvaliteten på den svenska sjukvården är hög i internationell jämförelse.⁴⁸ I en nyligen utgiven studie från University of Washington rankas Sveriges vårdssystem som ett av de bästa i världen. Tillsammans med Norge, Australien, Finland, Spanien och Nederländerna ligger Sverige på delad fjärdeplats bland 195 länder, sett till medicinska utfall.⁴⁹ Även i SKL:s rankningar hamnar Sverige högt.⁵⁰

Trots dessa goda omdömen finns goda skäl att inte slå sig till ro utan i stället verka för förbättring. En anledning är att det finns tydliga tecken på att vårdens kvalitet inte är lika tillfredsställande för kroniker och de mest sjuka äldre. Dessa delar av vården är svåra att fånga i internationella rankningar. Av det internationella samarbetsorganet OECD:s rapporter om sjukvården framgår att det finns betydande brister inom delar av den svenska vården när det kommer till väntetider och tillgänglighet, vården av de mest sjuka äldre samt även samverkan.⁵¹ Brister vad gäller tillgänglighet, väntetider och samverkan framkommer även i den enkät, den så kallade IHP-enkäten, som riktats till ett urval av befolkningen i elva länder, däribland Sverige, från den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund i USA⁵².

Sverige satsar, som visas i diagram 12, omfattande resurser på sjukvården per invånare jämfört med övriga europeiska länder. Som visas i diagram 13 är också utgifterna på vården som andel av Sveriges totala BNP höga i internationell jämförelse. Diagrammet visar också att Sverige tillhör de länder där den stora majoriteten av finansieringen till vården sker via skattsedeln. Till sist är även andelen läkare och sjuksköterskor bland befolkningen hög i Sverige (diagram 14 respektive 15).

Diagram 12. Totala utgifter sjukvård, köpkraftsjusterade Euro per invånare.



⁴⁸ Anell, Glengård och Merkur (2012).

⁴⁹ Oladimeji m.fl. (2017).

⁵⁰ SKL, juni 2018.

⁵¹ OECD (2013, 2017).

⁵² Vårdanalys (2015, 2016). IHP står för "International Health Policy Survey".

Diagram 13. Utgifter för hälso- och sjukvård som andel av BNP (2016 eller närliggande år).

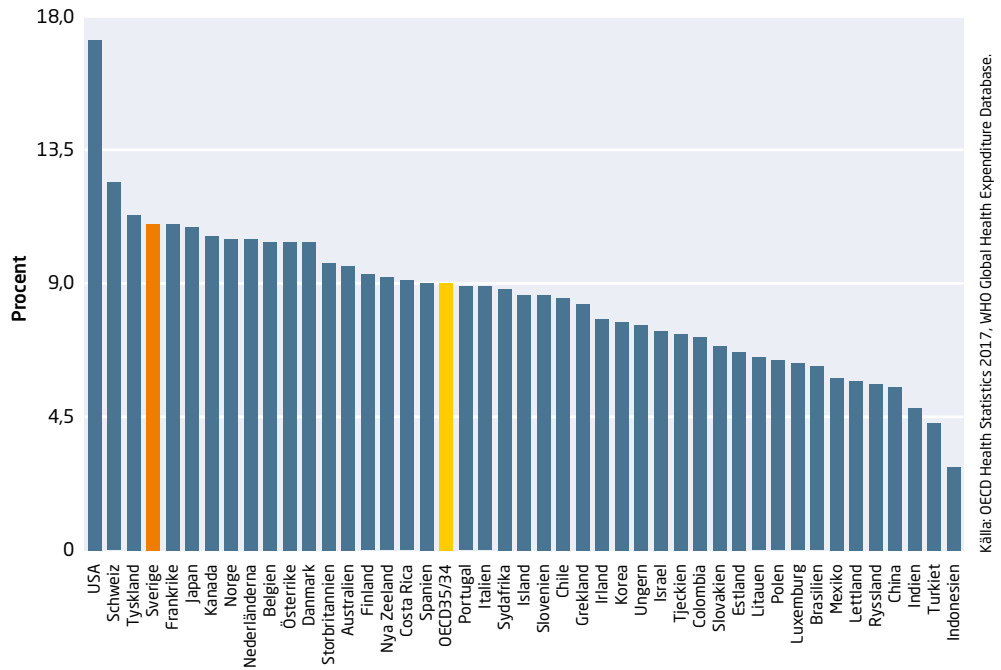


Diagram 14. Antal läkare per 1 000 invånare (år 2015 eller närliggande år).

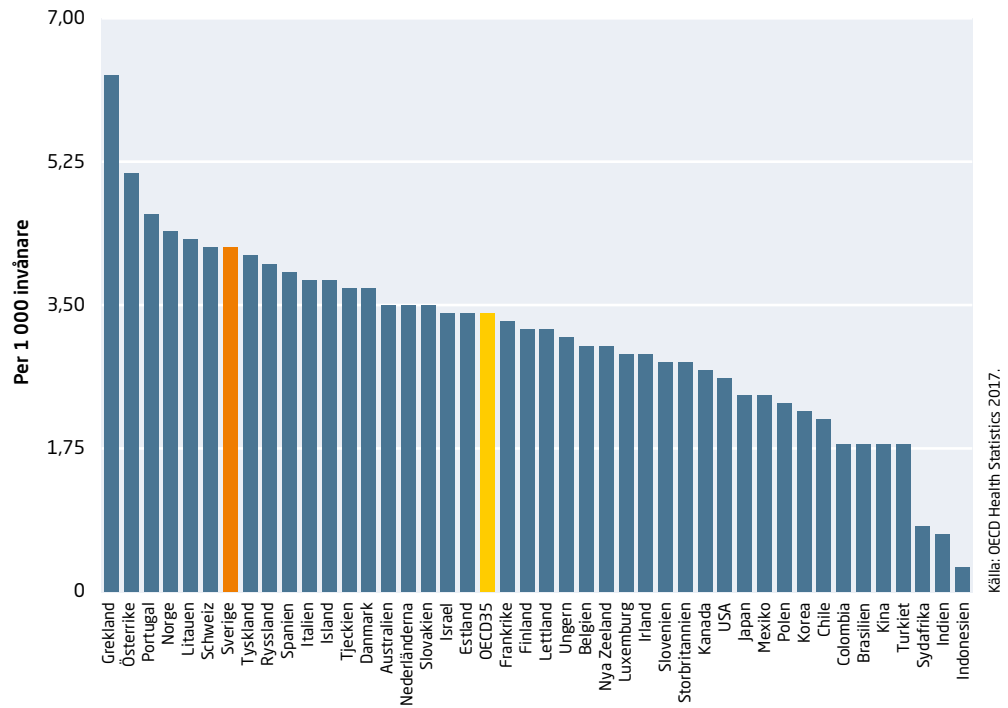
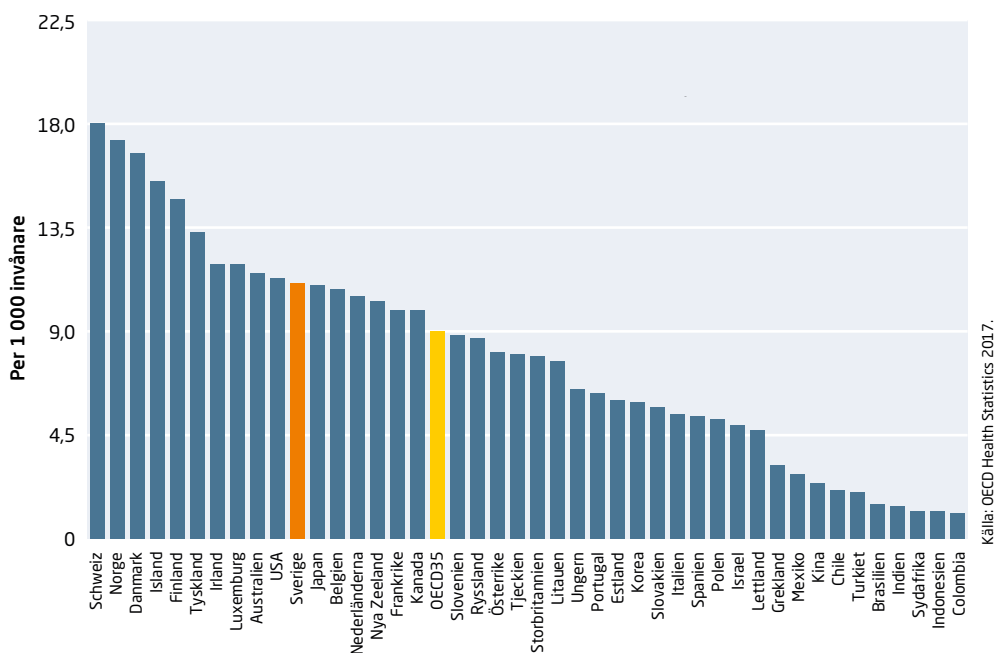


Diagram 15. Antal sjuksköterskor per 1 000 invånare (år 2015 eller närliggande år).



I diagram 12 till 15 visas vad som kan betraktas som ingångsvariabler till vården, det vill säga de resurser som satsas på sjukvården samt andelen som jobbar i vården. Sett till ingångsvariabler kan man förvänta sig att Sverige skulle ha mycket bra utfall i vården.

Detta stämmer dock inte när det gäller ett antal väsentliga aspekter som tillgänglighet, information, kommunikation och samverkan, vilket framgår av några av de följande diagrammen. I diagram 16 visas till exempel antalet läkarbesök per person och år där Sverige ligger mycket lågt jämfört med andra länder. I diagram 17 visas antalet patientbesök per läkare och år i olika länder. Sverige klarar sig dåligt, då antalet patientbesök är lägre än i alla andra utvecklade ekonomier. Sverige ligger väsentligt efter det land som ligger näst lägst, Norge.

Diagram 16. Antalet läkarbesök per person årligen (år 2015 eller närliggande år).

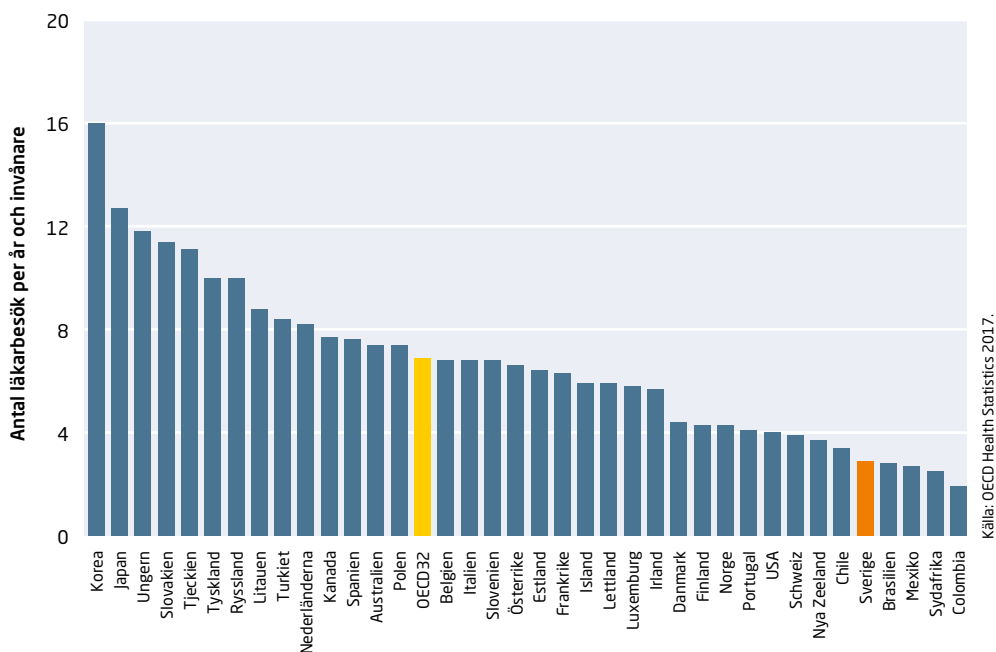
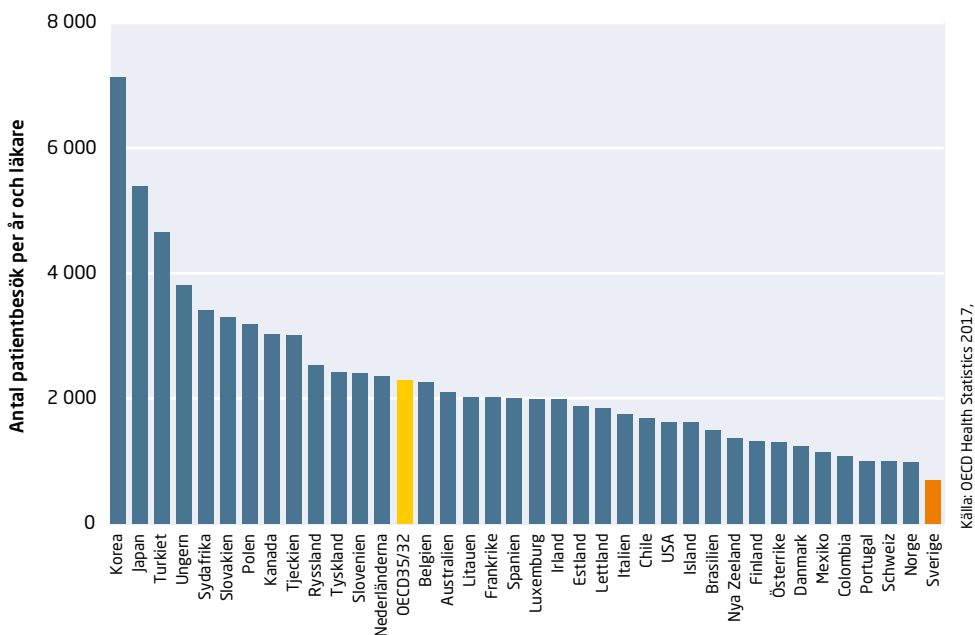


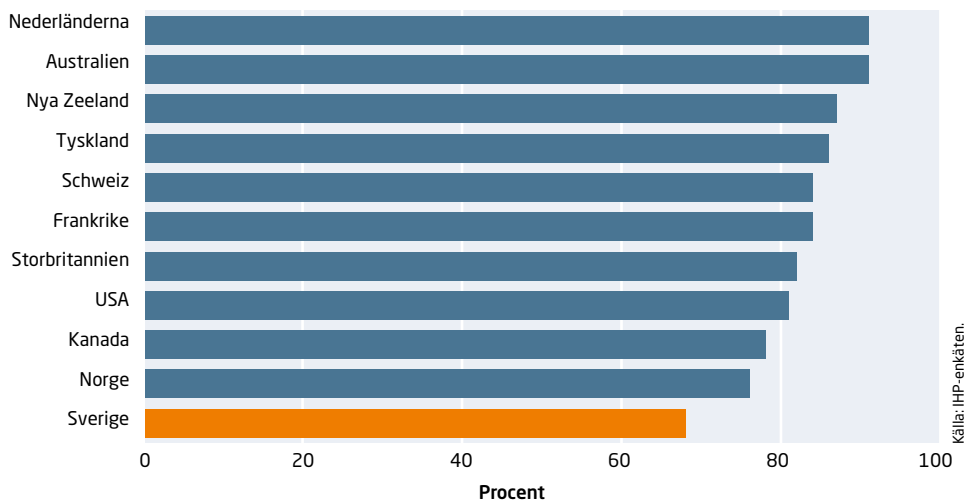
Diagram 17. Antal patientbesök per läkare årligen (år 2015 eller närliggande år).



Trots att svenska läkare har minst antal patientbesök per år av alla länder, och trots att läkartätheten och sjukskötersketätheten är hög i Sverige, upplever många patienter att vårdpersonalen inte har tillräckligt med tid när de behöver vård. Detta illustreras i diagram 18, där Sverige hamnar i botten bland de utvecklade ekonomier som studerats. Analysen baseras på den internationella jämförelse av vården i elva rika länder som The Commonwealth Fund tar fram. Svaren baseras på allmänhetens bedömning av vården.

Diagram 18. Tid med vårdpersonal.

Andel som svarat "alltid" eller "ofta" på frågan "Hur ofta har vårdpersonal tillräckligt med tid när du behöver medicinsk vård?"



Det är välkänt att svensk vård lider av bristande tillgänglighet. The Commonwealth Fund mäter även hur befolkningen bedömer sjukvårdssystemets tillgänglighet. Av svaren framgår att tillgängligheten brister allvarligt i såväl primärvård som specialistvård jämfört med övriga länder (diagram 19 och 20).

Diagram 19. Tid till besök hos läkare eller sjuksköterska inom 7 dagar.

Andel som svarat "samma eller nästa dag" respektive "2-7 dagar" på frågan: "Senaste gången du var sjuk eller behövde medicinsk vård, hur snabbt kunde du få tid hos en läkare eller sjuksköterska?".

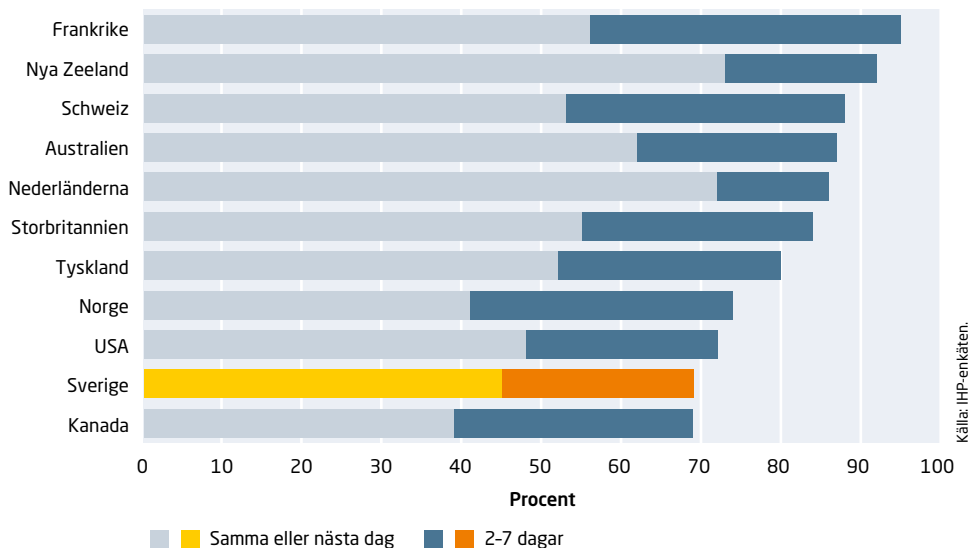
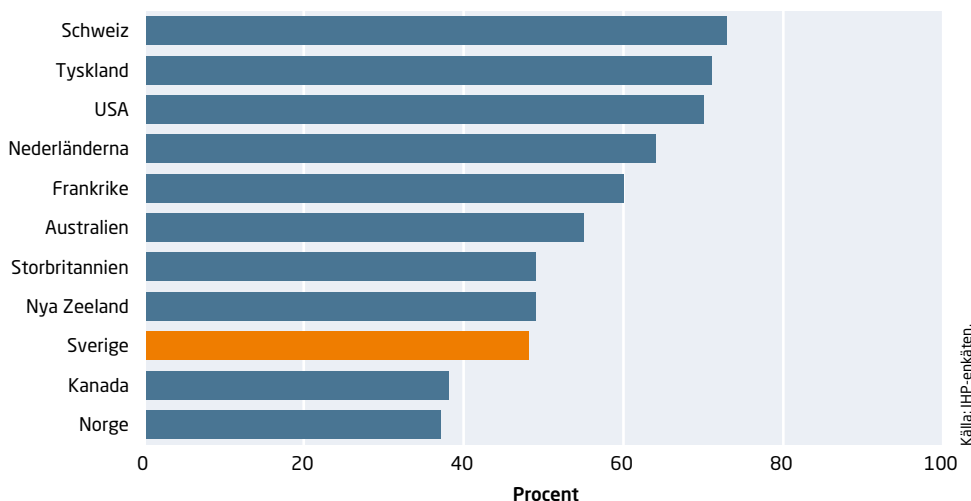


Diagram 20. Väntetid till specialist inom fyra veckor.

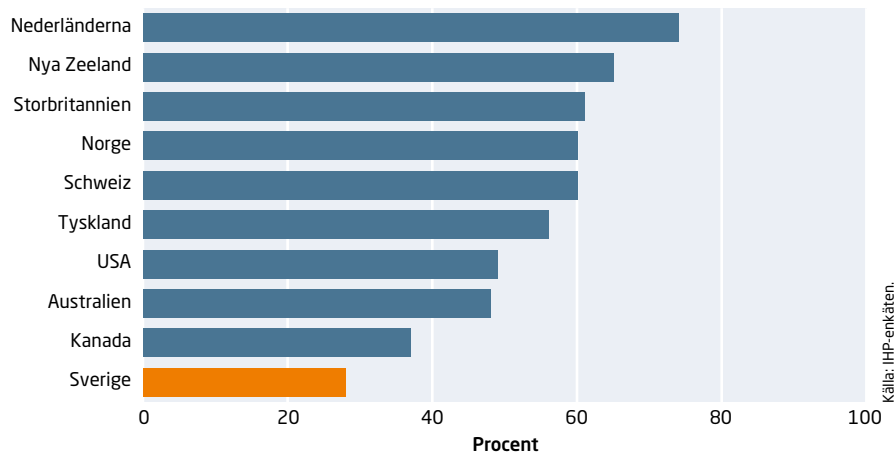
Andel av de som besökt specialisläkare de senaste två åren som angivit kortare väntetid än fyra veckor på frågan "Efter att du fått rådet eller bestämt dig för att träffa en specialist, hur många dagar, veckor eller månader behövde du vänta för att få en tid?".



I Sverige är belastningen på sjukhusens akutmottagningar stor och väntetiderna ofta långa. Ett besök på en akutmottagning är också kostsamt jämfört med besök på till exempel en vårdcentral. Det är sannolikt att detta hänger samman med den bristande tillgängligheten för vård, vid sidan av sjukhusens akutmottagningar, på kvällar och helger. Detta förhållande belyses i nästa fråga ställd av The Commonwealth Fund. Utfallet för Sverige är inte positivt, då landet hamnar lägst i jämförelsen (diagram 21).

Diagram 21. Sjukvård utanför kontorstid.

Andel som svarat "mycket lätt" eller "ganska lätt" på frågan hur lätt det är att få tillgång till sjukvård utanför kontorstid utan att vända sig till akuten.



Bristande tillgänglighet och långa väntetider i vården är ett problem som länge förekommit i Sverige.⁵³ Under senare tid har det ytterligare aktualiserats. Tidningen Sjukhusläkaren har, baserat på statistik som läckt ut från landstingen, rapporterat om de dramatiskt långa väntetider som kan förekomma på svenska sjukhus. Som exempel lyfte Sjukhusläkaren fram väntetiderna på Norrlands universitetssjukhus under sommaren 2016. Då kunde patienter vänta 20 veckor för axel- eller skuldraoperation, 32 veckor för behandling av ljumskbräck och hela 60 veckor för behandling av åderbräck i benen.⁵⁴ De långa ledtiderna för att få vård leder till att rehabilitering tillbaka till ett fungerande liv dröjer och försvåras för de som drabbats av sjukdom eller olycka. Resultatet är mänskligt lidande och att en samhällsekonomisk förlust skapas, då personer som annars skulle kunnat arbeta försörjs genom offentliga transaktioner.

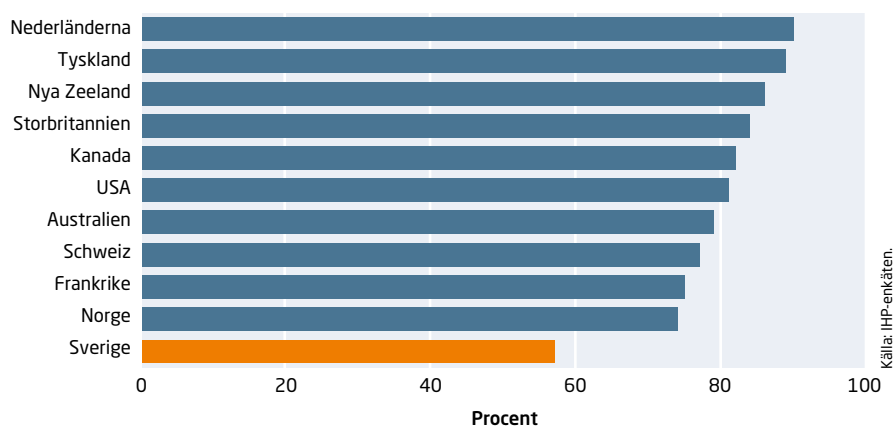
En annan brist i den svenska sjukvården gäller samverkan mellan vårdgivare eller med andra aktörer utanför vården. Det gäller inte minst information av betydelse för patientens diagnos eller behandling. Patienterna i Sverige är kritiska till om specialistvården har tillräcklig information om sjukdomshistoriken. Andelen som anser att specialistvården har relevant sjukdomshistorik är lägre i Sverige än i något annat av de undersökta tio länderna, och gapet till Norge som klarar sig näst sämst är stort (diagram 22). The Commonwealth Fund har också ställt frågor till primärvårdsläkare i de elva länderna beträffande samverkan med specialistvården. Sverige hamnar återigen lägst, då primärläkarna är kritiska till den patientinformation som de får av specialistläkarna. Ett mönster som återkommer är att Sverige inte bara klarar sig sämst, utan dessutom har ett stort gap till det land – i detta fall USA – som klarar sig näst sämst (diagram 23).

⁵³ Se sammanfattning i Sanandaji (2012).

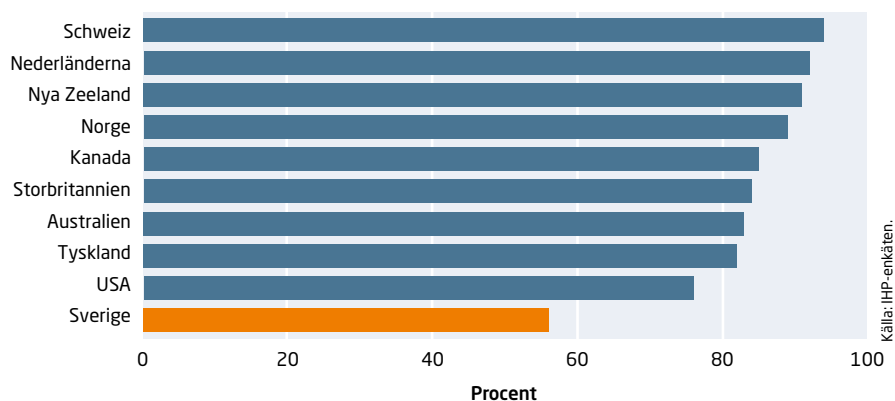
⁵⁴ Sjukhusläkaren (2016).

Diagram 22. Samverkan mellan vårdgivare, utifrån patientens perspektiv.

Andel som svarat "alltid" eller "ofta" på frågan "När du behöver specialistvård, hur ofta har den vårdpersonal du möter relevant information om din sjukdomshistorik?"

**Diagram 23. Samverkan mellan vårdgivare, utifrån primärvårdsläkarens perspektiv.**

Andel som svarat "alltid" eller "ofta" på frågan "När din patient har träffat en specialist, hur ofta får du feedback från specialisten med all relevant information?"



The Commonwealth Fund har också ställt frågor om förtroendet för sjukvårdssystemet och om sjukvårdens kvalitet. Därvid framkommer att förtroendet för det egna sjukvårdssystemet är näst lägst i Sverige jämfört med övriga länder. Endast befolkningen i USA har lägre förtroende för sitt sjukvårdssystem (diagram 24). Jämfört med övriga länder, förutom USA, är det också färre i Sverige som bedömer att den medicinska kvaliteten är hög (diagram 25).

Diagram 24. Uppfattningen om hälso- och sjukvårdssystemet.

Andel som valt svarsalternativet: "på det hela taget fungerar hälso- och sjukvårdssystemet bra och endast mindre förändringar krävs för att det ska fungera bättre."

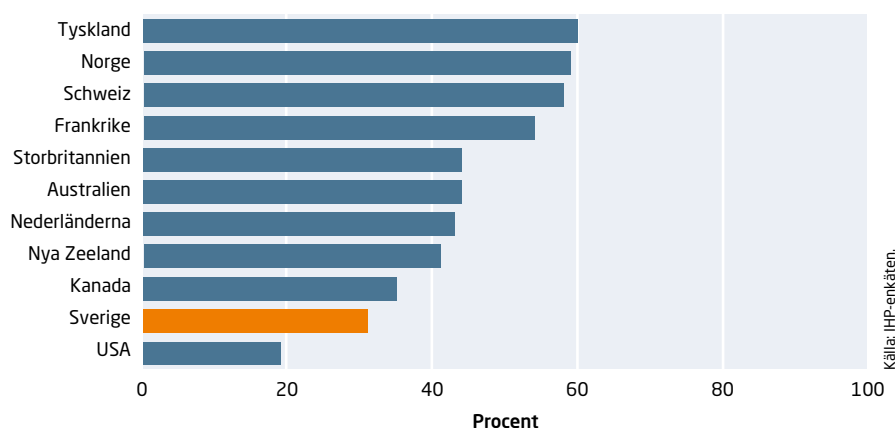
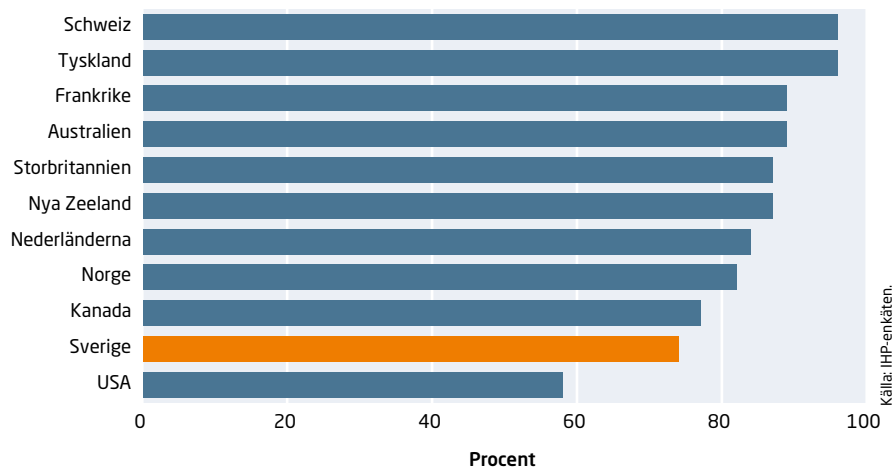


Diagram 25. Bedömning av kvaliteten i vården.

Andel som svarat "utmärkt", "mycket bra" eller "bra" på frågan "Hur skulle du betygsätta den övergripande kvaliteten på sjukvården i Sverige?"



Förutom tillgänglighetsproblem i sjukvården är också bristande information, kommunikation och samverkan – även med patienterna – akilleshälar i den svenska vården, vilket några av diagrammen ovan illustrerar. Alla dessa problem hänger nära samman med att digitalisering är en underutnyttjad teknik i svensk sjukvård. Därmed är det också svårt att förändra och förbättra arbetssätten i vården. Brister i samverkan och arbetsprocesser kostar mycket pengar, samtidigt som patienterna blir lidande. Problemen är sannolikt störst när det gäller vården av multisjuka äldre samt patienter med kroniska sjukdomar, då dessa patienter har behov av flera vård- och omsorgsgivare.

Det brukar hävdas att vården av kroniskt sjuka tar 80 procent av sjukvårdens resurser.⁵⁵ Vår bedömning är att det lägre förtroendet för svensk sjukvård och dess kvalitet jämfört med andra länder beror på bristerna just vad gäller tillgänglighet, samverkan, information och kommunikation. Hur som helst är det ett allvarligt läge att Sverige hamnar på topp när det kommer till input-variablerna för en bra vård men i botten när det kommer till utfallsvariabler som handlar om tillgänglighet och kötider, delaktighet och samverkan. Det är också anmärkningsvärt att förtroendet för sjukvårdssystemet samt bedömningen av dess kvalitet, näst efter USA, är sämst bland de undersökta rika länderna. USA har trots allt ett mycket kostsamt vårdssystem som i stor utsträckning finansieras privat. Det är förståeligt att många, inte minst personer med begränsade ekonomiska resurser, ställer sig kritiska till det systemet. Sveriges dåliga utfall i de nämnda avseendena kan förklaras med att de omfattande skattemedel som spenderas på vården inte ger tillfredsställande resultat.

⁵⁵ Vårdanalys (2014).

10. Några orsaker till bristande resurshushållning i välfärden

Hur kommer det sig att kommuner och landsting presterar så olika när det kommer till kvalitet och resursanvändande, och hur kommer det sig att vi inte får ut mer av våra skattekrönor som går till välfärd? Vår bedömning är att detta beror på ett flertal faktorer. I nedanstående diskussionsavsnitt resonerar vi kring några faktorer som vi anser har stor betydelse.

Kännetecknande för välfärdstjänsterna är att de utmärks av asymmetrisk information och tredjepartsfinansiering. Detta innebär att producenten vet mer om tjänstens kvalitet än konsumenten, vilket medför risker för otillräcklig kvalitet. Tredjepartsfinansiering innebär att konsumenten inte själv betalar för tjänsten, utan betalningen sker gemensamt via skattsedeln. Detta kan leda till såväl överkonsumtion som underkonsumtion – som till exempel kan visa sig i form av köer – av skattefinansierade välfärdstjänster. Dessa kännetecken medför att välfärdstjänster generellt är svårare att styra än de flesta andra verksamheter.

Kommuner och landsting är organisationer med beskattningsrätt och deras produktion är endast delvis konkurrensutsatt. Även om kommunerna och landstingen strävar efter god resurshushållning finns ytterst möjligheten att höja skatten om intäkter och kostnader inte går ihop. Detta gör att de offentliga verksamheterna kan uppleva sig mötas av så kallad mjuk budgetrestriktion, det vill säga given budget får överskridas. En viss grad av konkurrens och valfrihet mellan offentliga och privata utförare förekommer samtidigt inom välfärdstjänsterna, men kommuner och landsting har ändå ofta en dominerande ställning inom olika tjänsteområden.

Drivkrafterna till god resurshushållning är ofta otillräckliga i kommuner och landsting. Det förefaller inbyggt i anslagsfinansierad verksamhet att överskott bör undvikas. Om en verksamhet, till exempel kommunens skolor, ser ut att gå med överskott för ett verksamhetsår kan drivkraften då bli att förbruka mer medel för återstoden av året, även om verksamheten fungerar väl. Anledningen är att verksamheter som går med överskott riskerar att tilldelas mindre medel under kommande år, något som ledningen för dessa verksamheter vill undvika.

Medan incitamenten för att gå med överskott är begränsade, så brister det ofta i ansvarsutkrävande vid underskott. För att välfärden ska ha en välfungerande ekonomi måste verksamheter och verksamhetschefer ha tydliga incitament att verka för en bättre ekonomi. Avsaknaden av belöning för verksamheter som går med ett plus, liksom avsaknaden av ansvarsutkrävande när de går med minus, inverkar på den långsiktiga utvecklingen av produktiviteten. Systematiska förändringar behöver komma till, så att till exempel verksamheter får behålla de egna överskotten och i ökad utsträckning själva ansvara för att täcka upp underskott som uppkommit.

Komplexiteten i välfärdstjänsterna har lett till detaljstyrning och bristande samverkan. I samband med upphandlingar av privata utförare och pengasystem ställs i stor utsträckning krav på *hur* verksamheten ska bedrivas. Samma gäller när landsting och kommuner styr sin egen verksamhet. Ett motiv bakom detta är sannolikt en önskan om kontroll så att eventuella misstag undviks. Detaljstyrningen, inte bara

genom styrdokument utan även i form av ett ledarskap där dialog och delegering behöver utvecklas, minskar emellertid välfärdsprofessionernas inflytande över det egna arbetet. Den motverkar motivation, innovationer och långsiktigt förändringsarbete samt skapar stress och onödig administration. Tillsammans får detta negativa återverkningar på arbetsmiljön, något som återspeglas såväl i höga sjukskrivningstal i kommuner och landsting som kompetensförsörjningsproblemen i kommunsektorn.⁵⁶ Konsekvensen av detaljstyrningen riskerar därmed att leda till sämre kvalitet och högre kostnader. Samverkan mellan olika utförare i välfärden är också ofta bristfällig, delvis som en följd av komplexiteten i tjänsterna.

Låg digitaliseringsgrad och bristande förmåga att införa nya arbetssätt baserade på ny teknik. Kommunsektorn är sen på att ta till sig den digitala tekniken, som har potential att förbättra såväl kvaliteten som kostnadseffektiviteten. Exempel på detta är digitala undervisningsverktyg, välfärdsteknologi inom omsorgen, digitala vårdbesök, system för dokumentation, kommunikation och beslutsstöd samt sensorer för egenvård och patientövervakning.⁵⁷ Det verkar saknas hållbara strategier för att på ett systematiskt sätt värdera och implementera välfärdsinnovationer och nya arbetssätt från näringslivet. Samverkan med näringslivet är i dessa avseenden således otillräcklig.

Ibland förs argumentet fram att välfärdstjänsterna lider av Baumols kostnadssjuka, det vill säga att det inte skulle vara möjligt att effektivisera dem därför att de är personalintensiva samtidigt som lönekostnaderna ändå stiger.⁵⁸ Den stora spridningen i välfärdstjänsternas produktivitet och effektivitet som finns mellan kommuner, landsting och länder visar dock enligt Svenskt Näringsliv att detta inte gäller för de flesta välfärdsområden. Införande av arbetssätt som bygger på ny teknik är möjligt i välfärden. Problemet är att det inte sker i tillräcklig utsträckning och på rätt sätt.

⁵⁶ Svenskt Näringsliv (2017).

⁵⁷ Digitala system leder inte med automatik till förbättring i välfärden, utan det beror givetvis på hur de införs. Digitala system tillsammans med rätt form av organisationsstyrning är vad som leder till förbättring.

⁵⁸ Baumol (1993).

11. Vägen framåt - hur klarar vi av välfärdens framtida utmaningar?

Utmaningarna för svensk välfärd är många och vägen framåt behöver breddas genom en konstruktiv och saklig debatt, utan ideologiska övertoner. Det finns fyra huvudområden där särskilda insatser behöver göras. Utvecklingen av framtidens välfärd behöver förlita sig på såväl ökad samverkan mellan den privata och den offentliga sektorn som ökad konkurrens mellan offentliga och privata utförare.

11.1 Ökad benchmarking och konkurrens för ökad produktivitet

Kommunsektorn är ofta fast i en tankemodell som utgår från att det finns en direkt länk mellan resurser och resultat. Det är märkligt eftersom de system för kvalitetsutvärdering som finns visar att sambandet mellan resurser och resultat i form av kvalitet är svagt.⁵⁹ Det avgörande är hur resurserna används.

Trots att enstaka goda exempel ibland lyfts fram – till exempel i flera av SKL:s rapporter – går det inte att se någon stark rörelse inom kommunsektorn för ökad produktivitet. En sådan rörelse behövs. De utvärderingsverktyg som finns i kommunsektorn är avancerade. De gör det möjligt att identifiera kommuner som är föredömen, där olika verksamheter som till exempel skola och äldreomsorg fungerar ovanligt väl givet kommunens grundförutsättningar. Verksamheterna i kommunerna som är föredömen bör studeras, så att deras framgångar kan efterliknas i fler kommuner i landet.

Men den mest effektiva benchmarkingen finns antagligen ofta i konkurrensen mellan privata och offentliga utförare. De privata utförarna får generellt samma eller lägre ersättning för samma prestation jämfört med de offentliga utförarna, tillhandahåller minst samma kvalitet på de flesta områden och gör dessutom vinst. De offentliga verksamheterna kan utvecklas genom att dra lärdom av arbetsprocesser i de mest framgångsrika privata verksamheterna.

Det gäller att komma ihåg att konkurrens är en viktig drivkraft för utveckling i privat sektor, bland annat eftersom de mest konkurrenskraftiga verksamheterna efterliknas av andra. Offentliga välfärdsverksamheter kan på liknande sätt inspireras av de arbetsättsinnovationer, digitala system och organisatoriska framsteg som finns i de privata välfärdsenheterna.

En ytterligare aspekt på värdet av att nyttja konkurrensens fördelar är att den offentliga upphandlingen i kommuner och landsting kan och bör utvecklas. Upphandlingsfrågorna måste lyftas upp till strategisk nivå i kommuner och landsting.

Kommuner och landsting måste också i större utsträckning ställa funktionskrav i offentliga upphandlingar för att inte utesluta nya lösningar eller ”early adoption”, som skulle kunna skapa högre effektivitet och kvalitet i verksamheterna. Många företag har intressanta lösningar för offentlig sektor och jobbar kontinuerligt med att uppnå en högre grad av kundnytta. Detta kan stimuleras genom att i upphandlings-

⁵⁹ Öppna Jämförelser, Kolada, KPP (kostnad per patient), ViV (väntetider i vården), mm.

dokumenterna föra in incitamentsklausuler som innebär att båda parter vinner på att leverantören under avtalstiden tillhandahåller nya lösningar som skapar mervärde.

För att de effektiviseringsvinster som uppstår används på ett ändamålsenligt sätt krävs dock att budgetstyrningen förbättras. I nuvarande system är risken påtaglig att vinster hålls kvar och konsumeras upp på enhetsnivå inom de respektive verksamhetsgrenarna, till ändamål som inte är prioriterade.

För att komma till rätta med problematiken behövs ett mer transparent budgeterings-system som möjliggör omprioriteringar inom den kommunala verksamheten.

Politikerna behöver också hålla emot de krav som uppstår på ökad konsumtion av välfärdstjänster. Det är inte möjligt att allmänt höja konsumtionen per person i ett läge där konsumtionen ökar kraftigt av sig själv på grund av att fler personer hamnar inom de grupper som behöver ta del av välfärdstjänsterna.

Om oplanerade konsumtionsökningar tillåts ske inom delar av den kommunala verksamheten, ökar risken att den grundläggande välfärdsservicen fallerar i andra delar.

11.2 Kommunsektorn måste bli duktigare på att ta till sig ny teknik, i synnerhet inom området digitalisering och artificiell intelligens

Möjligheten till att få ut mer av de resurser som redan finns ska inte underskattas, inte minst genom utnyttjande av digitala lösningar. Stora delar av samhället befinner sig i ett paradigmskifte där digitalisering och artificiell intelligens (AI) omstöper verksamheter. Digitaliseringen erbjuder idag stora möjligheter i vården. Superdatorn Watson, som utvecklats av IBM, har till exempel under flera års tid hjälpt amerikanska läkare att diagnostisera patienter. Det visar sig att även de bästa läkarna har skäl att ta del av superdatorns rådgivning.

Digitalisering och AI kan användas till att automatisera processer och därmed få ned kostnaden. Inom sjukvården handlar det bland annat om att bedöma röntgenbilder och vävnadsprover, samt att ta upp patientens sjukdomshistorik och ställa diagnos. Landstingen är dock synnerligen långsamma när det gäller att ta tillvara dessa nya möjligheter.

Digitaliseringstakten släpar också efter i kommunerna, till exempel när det gäller möjligheten att utveckla och dela it-baserade lektionsmaterial mellan lärare i en kommuns skolor. Här finns också stora möjligheter att genom digitaliserat och interaktivt utbildningsmaterial komplettera och utveckla lektionsgenomgångarna gentemot eleverna. Inom omsorgen finns redan tekniska lösningar inom vad som brukar betecknas som välfärdsteknologin. Det rör sig till exempel om sensorer som läser av omsorgsgärens medicinska tillstånd och automatiska kameror som larmar när en äldre ramlar och skadar sig. De nya systemen används enbart i begränsad utsträckning, trots att de kan bidra till ökad kvalitet liksom resurseffektivitet.

Ett exempel på när privata välfärdsföretag går före vad avser teknisk utveckling och innovationer är utvecklingen av digitaliserade vårdbesök inom primärvården. Utvecklingen inleddes när företagen Kry och Min Doktor för några år sedan lanserade digital tillgång till läkare via internet.

De privata vårdgivarna Capio och Aleris har i egna koncept kombinerat det digitala vårdbesöket med möjligheten till fysiska besök. Företagen har utvecklat en omfattande frågedatabas, med medicinskt motiverade följdfrågor, som patienter kan tillgå online. Det ger läkaren en kvalitetssäkrad sjukdomshistoria och hen avgör om även ett fysiskt besök är nödvändigt, som också kan ske hos en specialist. Informationen lagras i syfte att användas för uppföljnings- och förbättringsarbete. Capio inför för närvarande konceptet för sina 800 000 listade vårdcentralspatienter i landet.

Genom detta arbetssätt, där digitala och fysiska möten kombineras, kan primärvården arbeta med högre kvalitet och till lägre kostnad. Företagen har infört systemen, men implementeringen vållar problem då ersättningssystemen i landstingen på många håll inte stödjer arbetssättet. Företagen har också erbjudit systemen till ett antal landsting och deras vårdcentraler. Hittills har landstingen visat begränsat intresse, trots att lösningen i sig är appellerande.⁶⁰

Det är enligt Svenskt Näringslivs bedömning osannolikt att företagen hade utvecklat koncepten om det inte rätt fritt vårdval inom primärvården. En ytterligare förutsättning för att denna utveckling äger rum är med all sannolikhet att företagen är vinstsyftande. Därmed finns drivkraften att attrahera fler patienter till de egna vårdcentralerna genom nya sätt att erbjuda vård. Vinstsyfte behövs också för att finansiera utvecklingen av innovationer och för att företagen ska kunna få ersättning för den ekonomiska risk de tar. Landstingen har inte samma drivkrafter.

Rätt utnyttjade är vårdföretagens innovationer också värdefulla för landstingen. Inget hindrar att landstingens egna vårdenheter tar till sig av innovationerna och arbetar efter dem. På liknande sätt bör innovationer i privat driven omsorg spridas vidare till kommunernas egen omsorgsverksamhet.

För att realisera effektiviseringspotentialen är det helt nödvändigt att snabbare och bättre använda den nya tekniken. Privata entreprenörer är en nyckelkomponent för att utvecklingen ska komma till stånd. Det är därför viktigt att kommande regeringar förbättrar privata entreprenörers möjligheter att bidra till utvecklad välfärd. I synnerhet behöver näringslivet stimuleras till att driva igenom olika former av innovationer, baserade på nya arbetssätt och användande av ny teknik. För det krävs att företagen får frihetsgrader att testa nya lösningar och dessutom har de ekonomiska incitamenten som krävs för att det ska vara lönt att investera i utveckling av nya tekniker och arbetssätt.

11.3 Systematiskt preventionsarbete är eftersatt och kommer att underlättas av den nya tekniken

Vi har i denna rapport visat på möjliga vägar att agera i framtiden för att kunna bevara ett fortsatt ambitiöst välfärdsåtagande, trots stora behovsökningar som inte motsvaras av ökad skattekraft. Det handlar både om att öka produktiviteten och effektiviteten i nuvarande verksamheter och om en radikal omställning med hjälp av ny teknik.

En annan del av lösningen behöver vara att skifta mot högre inslag av preventivt arbete. Trenden med ökad psykisk ohälsa och ökad övervikt, som är starkt kopplad till kroniska sjukdomar, slår mot alla välfärdssystem och mot alla företag. Det orsakar stort lidande för individer och anhöriga. Det finns ett starkt samband mellan i vilken

⁶⁰ Capio har i juni 2018 fått Dagens Medicins pris Guldskalpellen för sitt nya koncept i primärvården, där digitala tjänster och fysiska besök kombineras.

utsträckning man äter bra mat och rör på sig, och risken för att drabbas av de stora folksjukdomarna: hjärt-kärlsjuklighet och ledsjukdomar, men även psykisk ohälsa.

Med denna kunskap talar starka skäl för att göra prevention till en strategisk fråga. Här finns en möjlighet att öka den offentliga sektorns effektivitet och långsiktiga hållbarhet. Stora arbetsgivare, som till exempel amerikanska Amazon, inser värdet av att erbjuda preventiv hälsovård till sina anställda.⁶¹ Att prevention gifts ihop med att tillhandahålla vård vid sjukdom är också en stark trend i e-hälsoutvecklingen internationellt.

Möjligheterna är idag också större än någonsin för en sådan hopkoppling. Med digitala kontakter finns helt nya förutsättningar att kontinuerligt stödja levnadsvanor som leder till bättre hälsa. De privata aktörerna finns idag i frontlinjen för att driva på nya lösningar för förebyggande hälsovård.

Det gäller att komma ihåg att ohälsa är ojämnt fördelad i befolkningen. Socioekonomiskt utsatta grupper har mer ogynnsamma levnadsvanor, fler kroniska sjukdomar och kortare livslängd. Därför är prevention som riktas brett i samhället ett sätt att minska på ojämlikheter i hälsa.

Det är viktigt att prevention till övervägande del handlar om hur stödet på individnivå kan utvecklas.

11.4 Skolans kunskapssyn måste förändras

Forskningen visar med tydlighet att ett lands tillväxt och välstånd hänger nära samman med utbildningsnivån i befolkningen. Utbildningsekonomerna Hanushek och Woessmann har visat att detta är den enskilt viktigaste faktorn för välståndets utveckling. Hanushek och Woessmann betonar att det viktiga inte är hur många år av skolundervisning som medborgarna får, utan i stället skolsystemets förmåga att lära ut baskunskaper i form av objektiva fakta och empiriskt belagda kunskaper samt rationellt och välunderbyggt tänkande. En sådan skola möjliggör ett successivt och livslångt lärande.⁶²

Resultaten i den svenska skolan har fallit sedan början på 2000-talet enligt internationella mätningar (PISA och TIMSS) även om en viss återhämtning skett i de senaste TIMSS- och PISA-undersökningarna. Det pågår en omfattande debatt om vad detta beror på. Säkert har det många delförklaringar, men en är sannolikt att kunskapssynen i den svenska skolan har förändrats. Fokus har skiftat från att ha fokus på systematiskt framtagna och kontrollerade fakta, till en relativistisk kunskapssyn där kunskapen skapas i ett socialt sammanhang och den faktiska kunskapen är beroende av hur individen uppfattar sammanhangen. Sanningen är enligt denna kunskapssyn ytterst något som definieras av individen själv. Om sak- och metodkunskaper saknas kan inte heller färdigheter som kritiskt tänkande, kreativitet och problemlösningsförmåga nyttiggöras, eftersom de inte relateras till den befintliga kunskapen.

Denna kunskapssyn kommer till uttryck i läroplanerna för grundskolan och gymnasieskolan, där det finns åtskilliga exempel på att det är synnerligen oklart vad som krävs av eleverna för att uppnå olika betyg.⁶³ Ett exempel på att det lönar sig att definiera vilka ämneskunskaper som eleverna ska tillägna sig i olika årskurser för att

⁶¹ Business Insider (2018).

⁶² Hanushek, Woessmann (2015). Se även Hanushek (2011).

⁶³ Enkvist m fl (2017).

uppnå olika betygssteg kan hämtas från Singapore. Landet ligger i PISA-resultaten på en stabilt hög nivå och presterar faktiskt bäst bland alla länder.⁶⁴ Enligt Svenskt Näringsliv finns starka skäl att ändra läroplanerna i riktning mot en mer traditionell vetenskapligt baserad kunskapssyn, där ämneskunskaper sätts i fokus, baskunskaper krävs och kritiskt tänkande, problemlösningsförmåga och kreativitet byggs på successivt.

Om läroplanerna ändras mot större fokus på ämneskunskaper, och det i läroplaner definieras vilka ämneskunskaper som ska uppnås, blir det också tydligare vilka betyg som eleverna förtjänar. Detta blir därför också en viktig åtgärd för att motverka betygsinflation.

Stärkt samarbete mellan offentlig och privat sektor är angeläget bland annat vad gäller:

- Att bättre utnyttja digitaliseringens möjligheter när det gäller tillgänglighet, förebyggande vård, samverkan och beslutsstöd inom vården.
- Att uppmuntra och stödja välfärdsinnovationer. Ersättningssystemen måste stödja innovativa arbetssätt.
- Att finansiera långsiktiga investeringar i förskolor, skolor, äldreboenden och andra former av omsorg.
- Att få ett systematiskt och ömsesidigt erfarenhetsutbyte av framgångsrik styrning och framgångsrika arbetssätt.

Stärkt konkurrens behöver baseras på:

- Långsiktiga och stabila spelregler.
- Lika villkor och krav för privata och offentliga aktörer.
- Mätbara kvalitetsmål och kvalitetskrav.
- Bättre kvalitetsredovisning för att elever, föräldrar och omsorgstagare ska kunna göra informerade val.
- Effektiva åtgärder mot betygsinflation. Nationella prov ska rättas externt. Det ska finnas ett högsta tillåtna spann på skolnivå mellan nationella prov och betyg; avvikelse från detta ska motiveras särskilt.
- Skärpta tillträdeskrav och tuffare tillsyn för såväl offentliga som privata utförare och sanktioner mot oseriösa aktörer.

⁶⁴ PISA (2015).

Referenser

Ackum S, M Lundbäck & T Sobolevskaia (2018) ”En analys av ungdomars etablering på arbetsmarknaden”, opublicerat manus, Svenskt Näringsliv, Stockholm.

Anell, A., A. Glenngård och S. Merkur (2012). ”Sweden - Health system review”, Health Systems in Transition, vol. 14 nu. 5, European Observatory on Health Systems and Policies.

Arbetsgivarverket (2017). <https://www.arbetsgivarverket.se/nyheter--press/fakta-om-staten/medarbetare/antal-kvinnor-och-man/>

Baumol, W. J. (1993). ”Health care, education and the cost disease: A looming crisis for public choice. Public choice”, 77;1:17-28.

Business Insider (2018). <https://nordic.businessinsider.com/employer-sponsored-healthcare-initiatives-from-apple-and-amazon-2018-2?r=US&IR=T>

Ekonomifakta (2017). ”Offentliga sektorns utgifter”, 2017-08-22.

Enkvist, I, M Henrekson, M Ingvar, och I Wällgren, (2017) ”Kunskapssynen och pedagogiken”.

Hanushek, E.A. (2011). ”The Economic Value of Higher Teacher Quality”, Economics of Education Review, 30;3:466–479.

Hanushek, E.A. och L. Woessmann (2015). ”The knowledge capital of nations: Education and the economics of growth”. MIT Press.

Kolada. Öppna Jämförelser, KPP (kostnad per patient), ViV (väntetider i vården), mm.

Konjunkturinstitutet (2016). ”Hållbarhetsrapport 2016 för de offentliga finanserna”, rapport nr. 47, mars.

Konjunkturinstitutet (2017). ”Hållbarhetsrapport 2017 för de offentliga finanserna”, rapport nr. 54, mars.

Konjunkturinstitutet (2018). ”Hållbarhetsrapport 2018 för de offentliga finanserna”, KI-nr: 2018:2.

Konkurrensverket (2014). ”Etablering och konkurrens på primärvårdsmarknaden”, Rapport 2014:2.

Morin, A., H. Norberg och C. Orelund (2009). ”Potentialen för mer och bättre vård på svenska sjukhus”, Svenskt Näringsliv, oktober.

Morin, A. (2015). ”Bättre resursanvändning i välfärdstjänsterna Vilken betydelse har det för välfärdens framtida finansiering?”, Samhällsekonomisk analys, Svenskt Näringsliv, december.

OECD (2013). Reviews of Health Care Quality, Sweden. Executive summary, assessment and recommendations.

OECD (2015). ”Health at a Glance”, OECD: Paris.

- OECD (2016). "Estonia", Country Note, PISA 2015 High Performers.
- Oladimeji, O., m.fl. (2017). "Healthcare access and quality index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015". Studien har publicerats i journalen Lancet 2017; 390: 231–66.
- PISA (2014). "PISA 2012 Results in Focus What 15-year-olds know and what they can do with what they know".
- PISA (2015). Compare Your Country. Hemsidan besöktes senast 2018-06-18: <http://www.compareyourcountry.org/pisa/country/sgp?lg=en>
- PISA (2016a). "PISA 2015 Results in Focus".
- PISA (2016b). "PISA 2015 Results (Volume II). Policies and Practices for Successful Schools".
- Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014). "Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar".
- Rehnberg, C. (2016a). "Produktivitetsskillnader mellan akutsjukhus i Norden", Svenskt Näringsliv, maj.
- Rehnberg, C. (2016b). "Förbättrad Velfärd: Jämlik vård och fria vårdval", Svenskt Näringsliv, januari.
- Rekryteringsenkäten (2018). "Jobbskaparna larmar! Kompetenbristen ökar".
- Sanandaji, N. (2012). "I väntan på välfärden", Timbro: Stockholm.
- Sanandaji, N. (2016). "Förluster i välfärden – en studie av svenska sjukhus", ECEPR.
- Sanandaji, N. (2017). "Fortsatta förluster i välfärden – en uppföljande studie av svenska sjukhus", ECEPR.
- Sanandaji, N. (2018). "Mer välfärd för varje skattekrona – En fördjupad granskning av äldreboenden, gymnasieskolor och vårdcentraler i fyra kommuner", Skattebetalarnas Förening.
- SCB (2018). Befolkningsprognos, april 2018.
- Sjukhusläkaren (2016). "Chockartat långa väntetider kom ut av misstag", 2016-09-22.
- Skattebetalarnas Förening (2016). "Om kommunerna prioriterar annorlunda ... Så kan 10–18 miljarder frigöras".
- SKL (2015). "Ekonomirapporten april 2015: Om kommunernas och landstingens ekonomi".
- SKL (2017a). "Ekonomirapporten maj 2017: Om kommunernas och landstingens ekonomi".
- SKL (2017b). "Ekonomirapporten oktober 2017: Om kommunernas och landstingens ekonomi".
- SKL (2018a). "Ekonomirapporten maj 2018: Om kommunernas och landstingens ekonomi".
- SKL (2018b). "Svensk sjukvård i internationell jämförelse 2018".

- SOU 2015:104. "Långtidsutredningen 2015 Huvudbetänkande", Regeringen 2015.
- SvD (2017). "Vi satsar på en trygg och modern sjukvård", 2017-10-23.
- Svenskt Näringsliv (2012). "Stärk grunden för ökad kunskap", september.
- Svenskt Näringsliv (2015). "Värde i välfärden: Finns det något samband mellan kvalitet, kostnader och bemanning? – en studie av äldreomsorgens särskilda boenden", maj.
- Svenskt Näringsliv (2017). "Produktivitetspotential för kommunal sektor", januari.
- Vårdanalys (2013). "Produktivitetsskillnader i äldreomsorgen: Variationer, förklaringsfaktorer och utvecklingsbehov", rapport 2013:10.
- Vårdanalys (2014). "VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom", rapport 2014:2.
- Vårdanalys (2015). "Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv", rapport 2015:9.
- Vårdanalys (2016). "Vården ur befolkningens perspektiv 2016", PM 2016:5.
- Vårdföretagarna (2016). "Vårdval med förhinder - villkor, verklighet och visionen om en starkare primärvård".
- Witterblad, M. (2015). "Så får vi mera välfärd för pengarna: Konkurrens, styrning och en effektiv resursanvändning", Samhällsekonomisk analys, Svenskt Näringsliv, september.

www.svensktnaringsliv.se

Storgatan 19, 114 82 Stockholm

Telefon 08-553 430 00