



SVENSKT NÄRINGSLIV

Reformer för en bättre fungerande välfärd

DECEMBER 2021

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Problembeskrivning och konsekvenser av listade problem	5
2. Behovet av effektivisering är stort – samtidigt måste kvaliteten värnas och utvecklas	9
3. Fyra grundstenar för högre effektivitet	11
3.1 Ökad digitalisering av välfärdssektorn	12
3.2 Stärkt benchmarking och extern uppföljning och utvärdering	17
3.3 Stärkt roll för de privata företagen för innovationer och konkurrenstryck	21
3.4 Ökat statligt ansvar och koncentration av antalet regioner och kommuner	25
4. Vad bör politiken göra nu?	29
Bilaga: Erfarenheter från andra länder – Danmark, Norge och Nederländerna	33
Strukturförändringar och ökad statlig styrning i Danmark och Norge	33
Den nederländska försäkringslösningen	35
Referenser	38

Sammanfattning

Den privata sektorn och kommunsektorn (regioner och kommuner) är ömsesidigt beroende av varandra. För företagen är en väl fungerande välfärd centralt. De som lämnar skolan behöver göra det med goda kunskaper väl förberedda för arbetslivet, vid sjukdom behöver människor komma tillbaka i arbete så snabbt som möjligt och såväl förskola som äldreomsorg behöver vara välfungerande. Samtidigt är kommunsektorn för sin finansiering beroende av ett näringsliv som växer och utvecklas.

Emellertid har välfärden idag betydande brister. Allt för många slutför inte gymnasiet och i sjukvården är köerna långa och växande. Välfärden svarar inte heller upp mot medborgarnas krav på kontinuitet och delaktighet, som också skapar trygghet.

Trycket på välfärden kommer att fortsätta öka. Med den demografiska utvecklingen ökar andelen av framför allt mycket gamla i befolkningen, samtidigt som andelen i arbetsför ålder minskar. Det ökar behovet av välfärd samtidigt som försörjningskvoten ökar och skatteunderlaget tunnas ut.

Utän betydande förändringar av många arbetssätt och -processer, som leder till effektiviseringar i välfärden, kommer ekonomin som helhet att drabbas av skadligt stora skattehöjningar eller kommer kvaliteten att sjunka. Utöver problem med finansieringen handlar det även om kompetensbrist. Med nuvarande arbetsformer skulle personalstyrkan i välfärdssektorn behöva öka så mycket att en oproportionerlig del av den totala sysselsättningstillväxten skulle behöva gå till välfärden.

För att ekvationen ska kunna lösas med förbättrad välfärd som resultat behöver effektiviseringar spela den avgörande rollen. De uppgifter som finns tyder dock snarare på att effektiviteten är i avtagande. Välfärdens problem kommer att fördjupas utan strukturella åtgärder. Att som nu bara öka statsbidragen, utan krav på effektiviseringar, är inte hållbart.

Samtidigt pågår en snabb teknologisk utveckling baserad på digitalisering och artificiell intelligens (AI), allmänt kallad den ”fjärde industriella revolutionen”. Omvandlingen påverkar samhället på flera fronter. Till skillnad från tidigare faser av snabb teknisk utveckling, främst inom industrin, sker även betydande förändringar inom stora delar av tjänstesektorn. Media, bank och försäkring är exempel på branscher som omvandlats. Med hjälp av digitaliseringen kan nya tjänster skapas så att värdet för kunden ökar, samtidigt med minskade kostnader. Dessa nya möjligheter utnyttjas dock i alltför begränsad omfattning i den svenska välfärden.

Digitaliseringen, med de möjligheter till smartare arbetssätt som den medför, är en viktig del av lösningen på välfärdens problem. Det svenska samhället har en historik av att snabbt ta till sig ny teknik, och borde kunna ligga i framkant när det gäller att förbättra välfärden med teknikens hjälp.

De stora ekonomiska tillskott som staten tilldelar välfärdssektorn under pandemin döljer de strukturella problem som gör att sektorn tappar i effektivitet. Nu är det nödvändigt att fokusera på de strukturella frågor som bromsar ökad kvalitet och effektivitet i välfärden.

Att det krävs effektiviseringar inom vården och omsorgen är också temat för de senaste årens tunga utredningar; Effektiv vård (SOU 2016:2) och God och Nära vård (SOU 2020:19). Inriktningen i dessa är den rätta med fokus på den öppna vården för mer proaktivitet, prevention och personcentrering. Däremot saknas konkreta förslag till hur omställningen ska åstadkommas med hjälp av ny teknik och utvecklade avtalsformer och ersättningssystem. De övergripande ambitionerna i inriktningen mot nära vård är inte nya, utan har funnits på den vårdpolitiska önskelistan i decennier, utan att förverkligas.

Vår slutsats är klar. Det är inte möjligt att fortsätta som hittills. Strukturella förändringar och nya arbetssätt behövs för att klara framtidens välfärd.

Som nämndes inledningsvis är näringslivet beroende av att välfärdssektorn fungerar väl. Läget är allvarligt och såväl kvalitet som effektivitet behöver förbättras. Därför lanserar Svenskt Näringsliv i denna rapport ett antal förslag inom fyra nyckelområden – eller fyra grundstenar – för en bättre och effektivare välfärd. Dessa fyra grundstenar är ökad digitalisering, stärkt benchmarking och extern uppföljning och utvärdering, stärkt roll för de privata företagen i välfärden samt strukturella förändringar i form av ökat statligt ansvar och koncentration av antalet regioner och kommuner.

1. Digitalisering. Det krävs ett digitaliseringslyft och för att det ska ske behöver staten spela en större roll. Det gäller att staten tar ansvar både för skapandet av en nationell digital infrastruktur och genom att delfinansiera investeringar i digitala tillämpningar. Förslag på området är bland annat följande.

- Staten föreslås fastställa öppna och enhetliga standarder för en fungerande digital infrastruktur i välfärden, efter samråd med kommunsektorn och berörda privata intressenter.
- Staten föreslås ekonomiskt bidra till investeringar i den digitala infrastrukturen och i digitala lösningar under en tillräcklig, men avgränsad, tidsperiod.
- Staten bör kompetensmässigt stödja kommunsektorn vid upphandlingar av digitala lösningar.
- Staten bör, efter förebild från Storbritannien, upprätta en katalog över digitala lösningar och tjänster i drift som samtidigt uppfyller tillräckliga krav på öppenhet och säkerhet. För digitala tjänster som uppfyller kraven bör ett certifieringsförfarande övervägas.
- Det bör övervägas att utforma nationella regelverk för privata vårdgivare som enbart tillhandahåller digitala tjänster.

- 2. Benchmarking och extern utvärdering.** Det systematiska lärandet måste stärkas genom ökad benchmarking som visar på de kommuner och regioner som effektivt tillhandahåller tjänster med hög kvalitet samt genom extern uppföljning och utvärdering. På senare tid har förutsättningarna för benchmarking förbättrats i och med att även Rådet för Kommunala Analyser (RKA) tagit fram mått på effektivitet. Förslag på området är följande.

 - Varje kommun och region bör genomföra systematisk benchmarking av sin verksamhet.
 - Staten bör ansvara för uppföljning av kvalitet och effektivitet i kommuner och regioner, och ställa minimikrav på kommunerna. Kommunernas prestationer bör aktivt offentliggöras. De öppna kvalitetsredovisningarna gentemot medborgarna bör förbättras väsentligt.
 - En effektivitetsbonus bör införas på sikt till kommuner och regioner.
 - Riksrevisionen bör få mandat att granska effektiviteten även i kommunsektorn.
- 3. Privata företags roll.** Det krävs att privata företag spelar en större roll i välfärden, så att innovationer främjas och konkurrenstryck utvecklas. De exempel som finns på innovativ digitalisering inom sjukvården är i huvudsak kopplade till privata entreprenörer som etablerats med stöd i LOV och expanderat genom patienternas ökade valmöjligheter. Förslag på området är följande.

 - Ge en privat vårdgivare, efter upphandling, ett samlat ansvar för all vård inom ett geografiskt område, till exempel en region, för de medborgare som väljer vårdgivaren. Syftet är att främja integrerad vård.
 - En i framtiden utbyggd primärvård bör fortsatt lyda under LOV, Lagen om Valfrihetssystem, innebärande att etableringsfrihet ska gälla för de som uppfyller kvalitetskraven.
 - Ge effektiva privata vårdgivare en central roll vad gäller att förbättra vårdens tillgänglighet på såväl kort som lång sikt.
 - Fler akutsjukhus bör konkurrensutsättas.
- 4. Strukturförändringar.** Det krävs en koncentration av antalet regioner och kommuner, i kombination med ökat statligt ansvar inom särskilda nyckelområden. Flera statliga utredningar, senast Indelningskommittén och Kommunutredningen, har pekat på bättre förutsättningar för utvecklingskraft med färre regioner och kommuner. Idag hämmas i synnerhet digitaliseringen av att utvecklingen i så hög grad är inlåst i många små regioner och kommuner, och där staten inte tar ansvar för nationell samordning. Förslag på området är följande.

 - Reducera antalet regioner och kommuner i syfte att få utvecklingskraft och ekonomisk bärkraft.
 - Ökat statligt ansvar för krisberedskap och krishantering.
 - Ökat statligt ansvar vad gäller digitalisering liksom uppföljning och utvärdering av välfärden (jämför punkt 1 och 2).
 - Införande av nationellt regelverk för kortare köer i vården, som inkluderar privata vårdgivare. Danmark kan här vara en förebild (jämför punkt 3).

1. Problembeskrivning och konsekvenser av listade problem

Redan innan pandemin fanns ett antal betydande brister inom vård och omsorg som gäller produktivitet, kvalitet och effektivitet.¹ Här bör särskilt framhållas:

- Sjukhusvårdens produktivitet är låg och trendmässigt sjunkande. Vid sjukhusen har produktiviteten sjunkit med cirka 12 procent (mätt som DRG-poäng per krona) mellan 2014 och 2019 för den somatiska (kroppsliga) vården. (DRG-poäng = viss definierad mängd sjukvård.)² Skillnaderna i produktivitet är också betydande mellan olika sjukhus med likartade uppdrag. Produktivetsproblemen framgår även av att antalet patientbesök per läkare och år i Sverige är bland de lägsta i OECD-området, samtidigt som antalet läkare per 1000 invånare är bland de högsta.³ Ett resultat av detta är svag tillgänglighet och växande köer. Redan innan pandemin, i december 2019, fick till exempel 27 procent av dem som väntade på operation eller behandling vänta längre än 90 dagar efter beslut om sådan insats.⁴
- Omställningen till digital teknik och digitala lösningar går överlag långsamt i välfärden. Gamla arbetssätt bibehålls och problemen ska i stället lösas med mer resurser och mer personal. Vårdpersonal tvingas använda en stor del av sin tid till kringuppgifter och byråkrati istället för patientnära kärnuppgifter. Detta är viktiga orsaker till den svaga produktivetsutvecklingen i vården. Det försvårar också uppföljning, utvärdering och möjligheten till lärande i hela välfärden.
- Den svenska primärvården är i internationell jämförelse svagt utbyggd medan sjukhusens andel av resurserna är hög, vilket bland annat utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) pekar på. Detta leder bland annat till otillräckligt fokus på förebyggande vård, svag tillgänglighet och otillräcklig kompetens i primärvården, bristande samverkan med äldreomsorgen och vård på onödigt dyr vårdnivå.

¹ Med produktivitet avses i denna rapport organisationens produktionsvolym i relation till resursförbrukningen. En ökad produktivitet innebär alltså en ökad produktion i relation till resursförbrukningen. Eventuella kvalitetsförändringar är ej beaktade.

Med effektivitet avses i denna rapport organisationens resultat i relation till resursförbrukningen. Det innebär att vi med effektivitetsmättet beaktar såväl utvecklingen av produktionsvolymen som kvaliteten i förhållande till resursförbrukningen. En ökad effektivitet innebär alltså något förenklat att man får ut mer värde av befintliga resurser eller får ut samma värde för lägre resursinsats. Ökad effektivitet genom ökat värde av befintliga resurser kan då uppnås genom ökad produktionsvolym, ökad kvalitet eller både och. Såväl produktiviteten som kvaliteten påverkar alltså effektiviteten

² SKR och Socialstyrelsen (2021); Vårdkostnader 2019 för NordDRG. Eventuella kvalitetsförändringar är ej beaktade.

³ OECD (2021); Health at a glance, Europe

⁴ Grant Thornton; Vårdrapporten 2020

- Samverkan mellan olika vårdenheter och mellan vården och omsorgen har betydande brister, vilket leder till sämre kvalitet och höga kostnader. Det delade huvudmannskapet mellan regioner och kommuner, och skilda lagstiftningsområden, försvårar när personer är beroende av vårdinsatser från både vården och omsorgen. Nödvändig informationen kan inte delas beroende på såväl juridiska som tekniska och organisatoriska hinder. Även samverkan kring elever som har behov av insatser från både skola och socialtjänst brister, trots att huvudmannen oftast är densamma. En viktig orsak till detta är att dessa områden styrs av olika lagar, och skolan får på grund av befintliga sekretessregler ofta inte tillgång till den information som behövs för ett effektivt stöd till eleverna i fråga.
- Det är svårt att verifiera några statistiska samband mellan insatta resurser och uppnådda kvalitetsresultat på region- och kommunnivå för olika välfärdsområden som skola, äldreomsorg och sjukvård, vilket tyder på betydande effektiviseringspotentialer. Lärandet mellan mer effektiva regioner och kommuner och mindre effektiva är alltför svagt utvecklat. Goda exempel, såväl vad gäller digitala lösningar som till exempel teambaserade arbetssätt, sprids inte i den utsträckning som krävs.⁵
- Av befintliga kvalitetsredovisningar framgår också att skillnaderna är stora mellan regionerna. Så till exempel får 67 procent av patienterna i Örebro-regionen, som fått diagnosen cancer i bukspottkörteln, operation inom 40 dagar, medan enbart 13 procent av patienterna i Dalarna får det (2019). I Stockholm infördes allmän screening för tarmcancer för personer från 60 år redan 2008, medan införandet av detta i ett antal regioner fortfarande dröjer. Inom äldreomsorgen är kvalitetsmått och -redovisningar svagt utvecklade. För både vården och omsorgen gäller att öppna kvalitetsredovisningar gentemot medborgarna är ett eftersatt område, vilket försvårar jämförelser, informerade val och kvalitetsutveckling.⁶

Också på skolområdet är skillnaderna stora. Till exempel underpresterar elever på landsbygden och i mindre orter ganska kraftigt i matematik och naturkunskap i den internationella undersökningen TIMSS, jämfört med elever i storstäder och tillhörande förorter, efter att man håller elevernas bakgrundsvariabler konstanta. Skillnaden i prestationer mellan elever i storstadsområden och landsbygd samt mindre orter motsvarar cirka 1–2 skolårs inläring.⁷

Vid sidan av kostnader i form av förlorad livskvalitet eller livschanser så innebär även kvalitetsskillnaderna samhällsekonomiska kostnader. Till exempel bedömer Socialstyrelsen att de direkta kostnaderna för vårdskador uppgår till 8 miljarder kronor årligen, motsvarande 12 procent av de totala kostnaderna för somatisk sjukhusvård.⁸ Till detta kommer kostnader för inkomstbortfall, läkemedel och sjukskrivningar.

⁵ Svenskt Näringsliv (2021); Mer värde för skattepengarna i kommunerna – så kan den demografiska utmaningen mötas. Rapport. Vårdanalys (2019); Med örat mot marken – del 2. Rapport

⁶ Svenskt Näringsliv (2020); Stärkt kvalitetsredovisning inom välfärden. Rapport

⁷ Svenskt Näringsliv (2021); Bra skolor i hela landet – skillnader i resultat mellan stad och land i TIMSS 2019.

⁸ Socialstyrelsen (2020); Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Rapport

- Erfarenheterna under pandemin visar tydligt hur svårt det är att få till samordnade gemensamma insatser inom vård och omsorg. Detta gäller bland annat upphandlingar av skyddsutrustning och genomförande av testning i stor skala. Det har också varit otydligt var ansvaret för beredskapslager ligger och även vad ett sådant ansvar konkret innefattar.
- Till detta kommer bland annat otillräcklig styrning vad gäller dimensionering och specialiseringsinriktningar av vårdutbildningar och bristande professionalitet i upphandlingar. Det finns också en förbättringspotential i uppföljning, utvärdering och ansvarsutkrävande av utförare i välfärden, inte minst egen-regin. Det finns även betydande specifika kompetensbrister inom omsorgen, för den omsorg som vetter mot sjukvård.
- Samtidigt uppgår sjukvårdskostnader som andel av BNP till cirka 11 procent. Det placerar Sverige bland de cirka sex länder i världen som lägger mest resurser på sjukvården.⁹ Även när det gäller resurser till skolan avsätter Sverige, jämfört med andra länder på liknande utvecklingsnivå, relativt mycket resurser.¹⁰ Den demografiska utvecklingen medför dessutom att kommunsektorn (regioner och kommuner) står inför en stor och långsiktig utmaning till följd av att andelen i förvärvsaktiv ålder sjunker, och särskilt andelen mycket gamla ökar. Var och en i arbetsför ålder ska försörja fler samtidigt som behovet av välfärdstjänster ökar. Om den demografiska utmaningen ”löses” med höjda skatter försämras drivkrafterna till arbete och ytterst Sveriges konkurrensförmåga. Basen för välfärdens finansiering, den kommunala inkomsts-katten, urholkas också på längre sikt om drivkrafterna till arbete försämras.
- Konjunkturinstitutet gör varje år beräkningar över den så kallade hållbarheten i de offentliga finanserna. Utmärkande är att den långsiktiga hållbarheten är mycket beroende av de antaganden som görs beträffande till exempel standardutveckling i välfärden, äldres hälsa och arbetskraftsdeltagande, löneutvecklingen i välfärdssektorn med mera. I rapporten för år 2020 bedömdes de offentliga finanserna inte vara hållbara, och att, med en oförändrad ambitionsnivå i välfärden och nominellt oförändrade statsbidrag så skulle kommunalskatten behöva öka med nästan 10 kronor fram till år 2050.

I årets rapport bedömer man att de offentliga finanserna är hållbara. Bedömningen om långsiktig hållbarhet är mycket känsliga för de antaganden som görs. Skillnaderna i 2021 års rapport beror på dels något mer optimistiska antaganden om det faktiska utträdet från arbetsmarknaden hos arbetstagarna samt på bedömd förbättrad avkastning på finansiella tillgångar och lägre statsskuldränta.¹¹ Noteras bör dock att Konjunkturinstitutet inte räknar med till exempel fortsatt ökad personaltäthet i välfärdstjänsterna, det vill säga institutet bedömer i praktiken att denna trend ska brytas. Man räknar inte heller med den kraftiga ambitionsnivåökning för äldreomsorgen som Coronakommissionen bedömt behövlig.¹²

⁹ OECD, Health at a glance, Europe 2021.

¹⁰ SOU 2020:28, En mer likvärdig skola.

¹¹ Konjunkturinstitutet, Hållbarhetsrapport 2020 respektive 2021.

¹² SOU 2020:80 Äldreomsorgen under pandemin.

- Långtidsutredningens beräkningar tyder på att, om den hittillsvarande trenden håller i sig, och personaltätheten succesivt ökar, kommunalskatten till 2040 kan komma att öka med upp till 8 kronor (Se Långtidsutredningen 2015, SOU 2015:101, bilaga 7).
- Redan vid oförändrad personaltäthet i välfärdstjänsterna visar beräkningar att cirka 60 procent av nettotillskottet av arbetskraft på arbetsmarknaden skulle ianspråktagas av välfärdssektorn det närmaste decenniet. Om nuvarande trend, med ökad personaltäthet, består skulle i princip hela nettotillskottet tas i anspråk. Detta är förstås ett orimligt scenario, eftersom ett växande och dynamiskt näringsliv har behov av en betydande del av detta nettotillskott. Åtminstone från år 2000 har cirka 2/3 av nettotillskottet av arbetskraft gått till näringslivet och 1/3 till den offentligt finansierade sektorn.
- Även den av regeringen tillsatta Välfärdscommissionen har kommit till samma slutsats, att gapet mellan behov av välfärd och tillgängliga resurser ökar och att effektiviseringar krävs för en väl fungerande välfärd.¹³

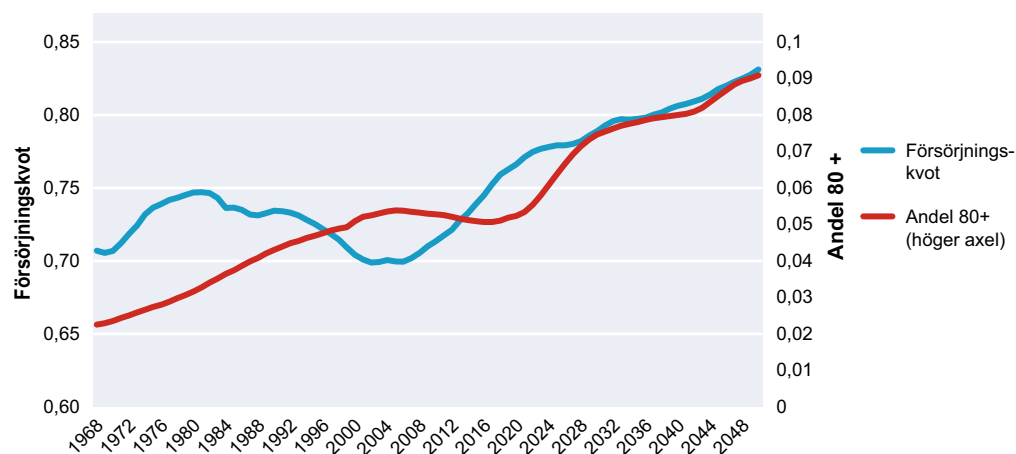
¹³ Se till exempel Finansdepartementet, 2019-06-12, Pressmeddelande "Stora behov i kommuner och regioner"

2. Behovet av effektivisering är stort – samtidigt måste kvaliteten värnas och utvecklas

Redan i sammanfattningen underströk vi det ömsesidiga beroendet mellan den privata sektorn och kommunsektorn. En given slutsats av ovanstående problembeskrivning och dess konsekvenser är att välfärdssektorn måste bli avsevärt effektivare för att kunna hantera de problem som fanns redan innan pandemin, och som sen fördjupats. Till det ska läggas den demografiska utmaningen med en successivt ökad andel mycket gamla, som generellt sett är den mest resurskrävande gruppen, och en minskad andel av befolkningen i arbetsför ålder, vilket leder till en ökad försörjningsbörda för denna grupp.

Det är inte troligt att nuvarande strukturer klarar dessa utmaningar, utan det kommer att krävas strukturella förändringar.

Figur 1. Antalet unga (0–19 år) och äldre (65+) i relation till antalet 20–64 år (försörjningskvoten), samt andelen mycket gamla (80+).



Källa: SCB, Befolkningsframskrivning, 2021-06-04.

Om inget görs hotar betydande skatthöjningar som urholkar näringslivets konkurrenskraft eller sjunkande kvalitet i välfärden. Dessutom riskeras att hela nytillskottet av arbetskraft det närmaste decenniet hamnar i den skattefinansierade kommunsektorn. Detta är i praktiken ett orimligt scenario, men det visar på behovet av få ut mer värde för de resurser som går till välfärden.

Den årliga produktivitetstökning som krävs – utifrån ett antagande att produktiviteten i kommunsektorn är ± 0 – för att kompensera för den demografiska utvecklingen synes dock inte ouppnåelig. Svenskt Näringsliv har beräknat (2017), utifrån Konjunkturinstitutets framskrivningsmodell för de offentliga finanserna, att en årlig produktivetsförbättring om 0,5 % fram till 2040 skulle vara tillräcklig för att undvika skattechöjningar. Då skulle också en mindre årlig standardhöjning (genom bättre eller mer kapitalvaror) kunna rymmas.

I takt med att tillväxten, och den privata konsumtionen, ökar kan man emellertid också förvänta sig att efterfrågan på välfärdstjänster ökar. En efterfrågeökning på välfärdstjänster, i nivå med eller högre än, förväntad konsumtionstillväxt inom den idag privatfinansierade konsumtionen, rymms emellertid inte vid en produktivitetstillväxt om 0,5 % per år enligt Svenskt Näringslivs beräkning. Detta talar för att det offentliga välfärdsuppdraget också behöver avgränsas och att det sker en ökad andel privat finansiering genom till exempel ökad avgiftsfinansiering. Det senare är också rimligt mot bakgrund av att utrymmet för privat konsumtion kan förväntas öka i framtiden.

Behovet av effektivisering inom den offentligt finansierade välfärden är i alla händelser stort, och akut. Samtidigt måste kvaliteten värnas och utvecklas. Att värna befintlig kvalitet är viktigt inte minst inom stora delar av svensk sjukvård, där den medicinska kvaliteten håller världsklass. När det gäller dödligheten i sjukdomar som går att påverka genom behandlande insatser presterar Sverige enligt tillgänglig statistik mycket goda resultat jämfört med andra länder.¹⁴ Sjukvården – liksom äldreomsorgen och skolan – har också under Coronan visat prov på snabb omställning, fokuserat lärande och hög uthållighet vilket är viktiga kvalitetsaspekter. De goda kvalitetsresultaten, och de förtjänstfulla insatserna under Coronan till trots, kvarstår det akuta och långsiktiga behovet av bättre resursanvändning.

Den pågående satsningen på God och Nära vård, kan ses som ett ambitiöst försök av regeringen att skapa ett mer samhällsekonomiskt effektivt och långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Den innebär att patienten ska få ”en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan”, med målbilden ”från akutsjukhus till nära vård”.¹⁵

För att klara en omställning mot ökad primärvård och mindre behov av sjukhusvård krävs främst ökad prevention och proaktivitet som både minskar förekomsten av kroniska sjukdomar och minskar risken för försämring och kommande vårdinsatser hos personer med kroniska sjukdomar.

Det finns många goda exempel på nya arbetssätt, och nya samverkansformer, som visat sig kunna minska behovet av senare vårdinsatser, bland annat mobila hemsjukvårdsteam och digital egenmonitorering. Ändå går det inte att urskilja en bred sammanhängande omställning, det är allt för mycket som stannar vid piloter och projekt och för lite som införs brett. Även Vårdanalys konstaterar i en nyligen publicerad uppföljning av omställningen till Nära vård, att det inte finns tecken på en bred omställning.¹⁶

¹⁴ OECD; Health at a glance, Europe 2021. Mortality rates from avoidable causes. Treatable causes of mortality. Den åsyftade statistiken avser endast personer upp till 75 år.

¹⁵ S 2017:01 (Kommittéberättelse), Samordnad utveckling för god och nära vård. Powerpointpresentation av SOU 2018:39 m fl

¹⁶ Vårdanalys (2021); Nära vård i sikte? Rapport

3. Fyra grundstenar för högre effektivitet

Nedan diskuteras fyra nyckelkomponenter, eller grundstenar, för att få till stånd en högre effektivitet inom den offentligt finansierade välfärden, digitalisering, benchmarking (jämförelser av prestationer, arbetssätt och kvalitet) och extern uppföljning och utvärdering, stärkt roll för de privata företagen för konkurrens och innovationer samt strukturella förändringar. Som kommer att visa sig i den fortsatta framställningen hänger dessa grundstenar till betydande del samman, till exempel är vissa strukturella förändringar, och stärkt roll för privata innovatörer nödvändiga för en framgångsrik digitalisering.

Naturligtvis kan hävdas att det finns andra viktiga delar än de fyra ”grundstenar” vi har lyft fram som kan medföra högre effektivitet. Exempel på detta är tillvaratagande av övrig medicinsk-teknisk utveckling liksom innovationer vad gäller läkemedel. Sådana områden och möjligheter ska självklart inte försummas bara för att de nämnda fyra områdena lyfts fram särskilt. Den avgörande orsaken till att Svenskt Näringsliv lyft fram just dessa fyra områden är att politiska beslut inom dessa områden är viktiga för att gynna kvalitet och effektivitet.

Av mycket stor betydelse för att få till stånd effektivisering är att förändra arbetssätten. Politiska beslut, investeringar och andra åtgärder som leder till långsiktigt mer effektiva arbetssätt är således viktigt att främja. Vi bedömer att de fyra grundstenarna vi lyfter fram alla har betydande potential att bidra till förändrade arbetssätt, var för sig och än mer tillsammans.¹⁷

De mest genomgripande förändringarna är de strukturella förändringar vi föreslår, med ett minskat antal regioner och kommuner. Förslagen när det gäller strukturella förändringar presenteras först efter de andra grundstenarna för ökad effektivitet. Det beror på att vi bedömer att det behövs strukturella förändringar för att realisera den fulla effektiviseringspotentialen av digitalisering, benchmarking och stärkt uppföljning och utvärdering samt stärkt ställning för privata företag. En koncentration av antalet regioner och kommuner bör även leda till effektivitetsvinster utöver dem som har samband med digitalisering, benchmarking med mera och stärkt ställning för privata företag.

¹⁷ Ytterligare förslag för effektivare välfärd återfinns i Svenskt Näringslivs rapport ”Mer värde för skattepengarna i kommunerna” (2021).

3.1 Ökad digitalisering av välfärdssektorn

Problem och möjligheter

Ökad digitalisering av välfärdssektorn skulle kunna innebära stora möjligheter till stärkt kvalitet, förbättrad tillgänglighet och ökad trygghet. Med ökad digitalisering kan stora datamängder samlas in, såväl på individnivå som aggregerat, som kan nyttjas till uppföljning och till ökat lärande. Individanpassningen kan också öka och informationsöverföringen kan bli snabbare och säkrare. Tillgängligheten till välfärds-tjänster kan öka genom att de blir snabbare, billigare och oberoende av tid och geografi. Digitaliserade tjänster kan också avlasta personalen i välfärden, och frigöra arbetstid för de arbetsmoment där personalens kompetens utnyttjas bäst. Även automatisering av befintliga administrativa rutiner kan självklart frigöra arbetstid.

Betydelsen av AI kommer att öka i takt med att mängden tillgänglig data ökar. Som människor klarar vi inte att hantera stora datamängder, och inte heller data om många faktorer samtidigt. AI har skapats för sådana komplexa samband, vilket innebär att AI kommer att komplettera de olika typer av kunskapsstöd som används idag. Med AI-modeller inom vården är det fullt möjligt att automatiskt bedöma röntgenbilder eller identifiera risk för återinskrivning vid sjukhus, trycksår, blodförgiftning, m.m.

Digitaliseringen kan inte minst bidra till den omställning av vården och omsorgen som är nödvändig. Det gäller i synnerhet för personer med kroniska sjukdomar, som står för merparten av trycket på vården och av dess kostnader, och som också ligger bakom en stor del av sjukfrånvaron i arbetslivet och trycket på socialförsäkringssystemen. Dagens vård för dessa patienter har en rad brister. Tillgängligheten är låg och patienterna har inte tillgång till ett kontinuerligt personligt utformat stöd för att proaktivt kunna minska sina besvär. Digitaliseringen möjliggör också en förskjutning mot mer av prediktion och prevention.

Digitaliseringen är i grunden distansoberoende med möjligheter att skala upp lösningar över geografiska gränser. Bundenheten till den egna bostadsorten minskar och vården kan ges på likartat sätt i städer och i glesbygd. Då kan de idag stora skillnaderna i tillgång till vård minska och vården bli mer jämlik. Digitaliseringen gör det möjligt att organisera välfärden på ett sätt som gör den flexibel, individanpassad och jämlikhetsfrämjande.

Digitaliseringen av vården avser inte bara digitala vårdbesök utan omfattar även arbetssätt och vårdprocesser. Med patientbehovet som utgångspunkt kan patientens hela vårdprocess stödjas av digitaliseringen. Det möjliggör nya arbetssätt som minskar personalens administrativa tid och ökar de medicinska insatserna. På så sätt skapas också högre tillgänglighet, både fysiskt och digitalt. Häri ligger den stora kostnadsbesparingen och samhällsvinsten av digitalisering.

Digitaliseringen är alltså en genomgripande förändring som ger helt nya förutsättningar att öka kvaliteten och effektiviteten i vården och omsorgen. Med stöd i AI och tillgång till stora mängder data kan kvaliteten i diagnostik och medicinska beslut förbättras, även om slutliga bedömningar och beslut görs av den mänskliga hjärnan. AI ger också ökade möjligheter att förutse risk för sjukdom och beroenden varigenom förebyggande insatser kan sättas in för att minska framtida vårdbehov. Med egenmonitorering kan

människor med kroniska sjukdomar få ett kontinuerligt och individuellt utformat stöd som minskar risken för försämring och därmed behov av annan vård, såväl akut som planerad vård. En stor mängd appar tillkommer också successivt, främst på privata initiativ, som siktar in sig på förebyggande och behandlande aktiviteter. Möjligheterna till successivt lärande med stöd av digitaliseringen är oändliga.

Det är i den förbättrade diagnostiken, de förbättrade möjligheterna till prevention och möjligheten att skapa och följa vårdprocesser som de stora effektiviseringsmöjligheterna finns. Till det kommer att när fysiska vårdkontakter ersätts av digitala innebär det i sig en betydande kostnadsminskning. Därutöver minskar kostnader för arbetsfrånvaro, resor, lokaler m m. Med mobila trygghetslarm, fallsensorer, tillsyn via kamera, läkemedel-, dusch- och toalettrobotar kan människor i högre utsträckning leva självständigt trots omsorgsbehov, samtidigt som personalbehovet minskar.

Dagens regelverk och ersättningsmodeller försvårar en sådan omställning, eftersom de inte tar hänsyn till hur patienten rör sig inom och mellan vårdnivåer. Den sammanhållna vården uteblir då man inte styr på flöden utan på enskilda insatser som ofta begränsas till en fysisk vårdkontakt.

Ett stort antal utredningar har handlat om att effektivisera vården och omsorgen. Några av de senaste är Effektiv vård (SOU 2016:2) och God och Nära vård (SOU 2020:19).

De pekar alla på behovet av en omställning av vården och omsorgen. De väger dock i liten utsträckning in de möjligheter som ny teknik skapar. Det är anmärkningsvärt att det som allmänt benämns som den fjärde industriella revolutionen, digitalisering och AI, och som förändrar bransch efter bransch, bara spelat en biroll i utredandet av effektiviseringsmöjligheterna inom vården och omsorgen. Ingen utredning har haft den nya teknikens möjligheter som utgångspunkt.

En av de allra senaste, Välfärdsteknik (SOU 2020:14), utgör dock ett undantag, då den pekar på vikten av att införa ny teknik och digitala lösningar i äldreomsorgen. Utredningen saknade dock mandat att ge de konkreta förslag som krävs.

Inom gymnasieskolans område tyder utvecklingen under pandemin på att digitaliseringen ofta fungerat väl. Digital undervisning och digitala tester är något som förekommer brett inom näringslivet och på prestigeuniversitet. Digitalt lärande med stöd av interaktiva läromedel utvecklas snabbt. Det gäller även användningen av AI, bland annat i form av så kallat adaptivt lärande.¹⁸ Det ger eleven stöd och utmaningar på individuell nivå, vilket gör att lärandet kan fördjupas på ett annat sätt än när utbildningsinnehållet och takten är likadan för alla elever.

Naturligtvis passar olika undervisningsmoment mer eller mindre bra att bedriva i digital form. Dessutom behöver elever olika mycket stöd för att framgångsrikt delta i digital undervisning. Ju äldre en elev är, och ju högre stadium undervisningen sker på, desto bättre är sannolikt också förutsättningarna för att framgångsrikt tillämpa digital undervisning. Men på det hela taget synes omställningen under pandemin ha fungerat

¹⁸ Adaptivt lärande beskrivs som en digital lärmiljö som automatiskt anpassar undervisningen till den enskilde elevens förmågor och behov. När AI används för anpassning till den enskilde eleven benämns det som ett intelligent adaptivt system. Se också <https://www.skolverket.se/skolutveckling/forskning-och-utvarderingar/artiklar-om-forskning/artificiell-intelligens-i-skolan-kraver-okad-insikt-hos-lararna>

väl och undervisningen ha fungerat över förväntan. Några mer betydande tekniska hinder har inte varit föremål för diskussion. Detta visar på en potential att i ökad utsträckning bedriva undervisning i digital form där så är lämpligt för ökad kvalitet och effektivitet. Förutsättningarna för ökad individuell anpassning av undervisningen, där ökad hänsyn skulle kunna tas till olikheter i inlärningsstilar, skulle också kunna öka. Även om lagstiftningen kring till exempel fjärrundervisning moderniserats något på senare tid finns det all anledning att liberalisera regelverket framöver.^{19,20}

Som framgått är effektiviseringskraven på kommunsektorn av en sådan storleksordning att de svårligen kan mötas med varianter av nuvarande arbetssätt. Det kommer att krävas djupare förändringar i arbetssätt och nyttjandet av digitala lösningar.

Medan samhället i övrigt ligger långt framme i digitaliseringen, släpar kommunsektorn efter. Arbetet med digitalisering kännetecknas av små piloter och projekt som inte skalas upp, varken regionalt eller nationellt. De 21 regionerna och de 290 kommunerna arbetar i hög grad isolerat, både med den digitala infrastrukturen och med olika praktiska tillämpningar. Det går helt emot det som är ett av digitaliseringens främsta kännetecken, att den är skalbar och oberoende av geografiska gränser och möjliggör att tjänster tillhandahålls effektivt på lika villkor i hela landet.

Inte minst avsaknaden av en fungerande digital infrastruktur inom välfärden är ett stort problem. Till följd av att kommuner och regioner i hög grad arbetar isolerat saknas enhetliga – och öppna – standarder nödvändiga för kommunikation och databearbetning avseende till exempel vården av enskilda patienter. Inte nog med att enheter inom olika regioner och kommuner har svårt att kommunicera digitalt med varandra på ett effektivt och säkert sätt, dessa problem finns även inom regioner, till exempel mellan offentliga sjukhus och vårdcentraler. Dessa tekniska svårigheter finns också mellan offentliga och privata utförare.

En viktig del av lösningen är att de informationssystem som finns och byggs har möjlighet till öppenhet mot andra system, innebärande ett krav på så kallade öppna standarder. Syftet är att det ska kunna vara möjligt att skicka, ta emot och bearbeta information mellan system, så kallad interoperabilitet. Om så inte blir fallet utan vissa dominerande systemägare ställer krav på att just deras system ska tillämpas för att möjliggöra behövlig informationsöverföring, så medför detta inlåsnings effekter, ökade kostnader och sämre möjligheter att effektivt överföra och bearbeta den information som behövs.

Inom skolans område bör här särskilt nämnas svårigheterna att på ett säkert sätt digitalisera de nationella proven. Detta skulle vara mycket väsentligt dels från rättssäkerhetssynpunkt för den enskilde eleven, dels från likvärdighetssynpunkt mellan eleverna och dels också för att det skulle bli tydligare hur kunskapsnivån utvecklas över åren i den svenska skolan, vilket i sig är avgörande för de politiska åtgärder som behöver genomföras på området. Regering och riksdag beslutade 2017 att de

¹⁹ SOU 2017:44 Entreprenad, fjärrundervisning och detaljundervisning

²⁰ Skolan har också andra uppdrag, som innefattar socialt samspel och som förutsätter social samvaro. Här behövs ofta att man träffas fysiskt.

nationella proven skulle digitaliseras, en förändring som är mycket angelägen i det nödvändiga arbetet att kvalitetssäkra betygen och motverka betygsinflation. Redan från början tycks regering och riksdag insett svårigheterna med detta då tidsplanen för digitalisering av proven var väl tilltagen och satt till 2021. Emellertid är omställningen försenad. Skolverket bedömer att de första digitala nationella proven kan genomföras tidigast 2024, och för elever i årskurs 3 är tidsplanen att proven kan ges först på vårterminen 2026. Detta är tyvärr ett talande exempel för hur digitalisering och därmed även effektivisering ofta sker långsamt inom kommunsektorn, och där en viktig orsak till återkommande svårigheter är den bristande digitala infrastrukturen på välfärdsområdet, och de därmed sammanhängande svårigheterna att kunna genomföra provet och rättningen digitalt på ett säkert sätt.

Gapet är stort mellan de möjligheter som digitaliseringen ger, och den takt som dessa möjligheter utnyttjas i välfärden. Regeringens ständigt ökade statsbidrag till välfärden är i själva verket många gånger en investering i strukturer och arbetssätt som inte är hållbara. En effekt blir också att kommuner och regioner inte får tillräckliga incitament att genomföra digitala lösningar som effektiviserar arbetssätten. I vissa avgörande avseenden krävs också enhetliga och gemensamma lösningar mellan stat, kommunsektorn och privata företag för att den digitala omvandlingen ska ta fart. En intressant parallell här är att det inte var förrän de stora mobilnätstillverkarna kunde enas om en global standard (som till exempel 4G) som utvecklingen av appar, etc tog verklig och global fart. Betydelsen av gemensamt överenskomna standards kan inte nog understrykas. Ändringar i lagstiftning, så att nödvändig information lättare kan delas, krävs också. Detta talar för att staten har en nyckelroll för digitaliseringen i välfärden.

Ytterligare hinder för ökad digitalisering är bristande kompetens hos regioner och kommuner vid upphandling av digitala tjänster och att redan upphandlade och testade digitala pilotlösningar inte breddinförs. Ett annat hinder är att incitamentsstrukturen, inklusive ersättningssystemen, inte stödjer digitaliseringsutvecklingen i tillräcklig utsträckning, till exempel när det gäller distansmonitorering av kroniker i hemmet. En särskild fråga gäller att privata företag som tillhandahåller enbart nationella digitala vårdtjänster – och inte fysiska – riskerar att utestängas från den offentliga vården till följd av regelverk och ersättningssystem.

Förslag

1. *För det första krävs en fungerande digital infrastruktur inom välfärden.* Regeringen behöver därför ge lämplig myndighet ett uppdrag (gärna efter förebild från Digitaliseringsstyrelsen i Danmark) att ta fram öppna, internationellt tillämpade och gemensamma standarder omfattande regioner, kommuner och privata utförare. Vid framtagande av dessa standarder måste samverkan ske inte bara med SKR utan också med berörda organisationer inom den privata sektorn. Om samsyn inte uppnås måste staten ensidigt fatta besluten.

Den nationella digitala infrastrukturen bör möjliggöra tillgång till bland annat patientdata, för användning i den direkta vården och omsorgen och för forskning och utveckling. Regeringen behöver göra en översyn av lagstiftningen. Den genomförda utredningen om datadelning mellan vård och omsorg måste breddas. Även frågor kring delning av data för forskning och AI-ändamål måste utredas med

sikte på att kunna dra full nytta av digitaliseringens möjligheter, samtidigt som ett fullgott integritetsskydd upprätthålls. Behov av lagstiftningsöversyn finns också på skolans område där skolans personal ofta inte har tillgång till den information från socialtjänsten som behövs för ett effektivt samlat stöd till de elever som har behov av detta.

2. *För det andra behövs också att staten ekonomiskt bidrar till investeringar i den digitala infrastrukturen och i digitala lösningar.* Inom sjukvården finns en hel del tillämpningar att utgå från, allt ifrån digitala vårdkontakter, automatiserad guidning, självskattningstjänster mm till egenmonitorering vid kronisk sjukdom. Inom omsorgen handlar de digitala lösningarna om ökat genomslag för välfärdsteknologier, som trygghetskameror, läkemedelsrobotar, sensorer, toalett- och duschrobotar, mm.

Ett sätt att driva på utvecklingen kan vara att staten mer långsiktigt är medfinansier till regioner och kommuner, så att kommunsektorn drivs till en nivå där digitaliseringen bidrar till bättre och effektivare välfärd. Ett sådant stöd skulle kunna utformas som ett särskilt statsbidrag som ska kunna utgå till de kommuner och regioner som genomför investeringar i digital infrastruktur och digitala lösningar utifrån statens nationella riktlinjer. Investeringens nytta bör prövas av staten, som vid positiv bedömning kan samfinansiera investeringen. Den digitala lösningen måste kunna anpassas till framtida nationella standarder. Härigenom blir ribban låg för regioner och kommuner att medverka, men dyrt att stå utanför. Det är också viktigt att privata utförare kan få del av statsbidraget på lika villkor som offentliga.

Detta digitaliseringslyft, i form av en investeringssatsning från statens sida bör ha en tillräcklig omfattning för att svara mot identifierade behov. Det finns samtidigt skäl som talar för att den statliga investeringssatsningen ska ha en uttalad bortre tidsgräns. En viktig orsak till det är att det ger ett incitament till regioner och kommuner att inte skjuta digitala investeringar på en obestämd framtid. I stället kan en uttalad tidsgräns ge en skjuts åt den digitala utvecklingen inom välfärden.

3. *Staten bör kompetensmässigt stödja kommunsektorn vid upphandlingar av digitala lösningar.* En statlig myndighet, till exempel DIGG, bör kunna fungera som kompetensstöd för regionerna och kommunerna vid upphandling av digitala system och tjänster.
4. *När det gäller att piloter inte skalas upp bör staten, efter förebild från Storbritannien, sammanställa en katalog över digitala lösningar och tjänster i drift, som samtidigt uppfyller tillräckliga krav på öppenhet och säkerhet. Även kravspecifikationerna bör inkluderas i sammanställningen.*^{21,22} En betydande del av tjänsterna är upphandlade som ramavtal vilket betyder att leverantörer som uppfyller kravspecifikationerna blir godkända, och avropningsbara. Vad som också behövs vid upphandlingar är regiongemensamma kriterier för att värdera de tekniska lösningarna. För digitala tjänster som uppfyller kraven bör ett certifieringsförfarande övervägas.
5. *Vilken roll som incitamentsstruktur och ersättningssystem spelar för bristen på uppskalning av piloter kan det finnas skäl att djupare analysera i en särskild utredning.*

²¹ Kravspecifikationerna bör utformas så att de inte är bundna, i teori eller praktik, till viss leverantör.

²² NHS 2021-02-22 The Digital Technology Assessment Criteria for Health and Social Care (DTAC).

6. *Reglering och ersättning av vårdtjänster som endast tillhandahålls digitalt skulle kunna utformas nationellt, eftersom digitala vårdtjänster till sin natur är geografiskt gränslösa.* Det gäller sådana tjänster där vårdprofessionsinsatserna inte kräver fysiska möten. Exempel på det är vissa typer av digitala läkarbesök, samtalsterapi på distans och egenvård vid kroniska sjukdomar som endast kräver digital monitorering och stöd. Det kan därför vara önskvärt med nationella regelverk i stället för regionala regelverk på sådana områden, eftersom etableringshindren i annat fall riskerar att bli betydande, vilket ytterst skulle drabba patienterna i sådana regioner där tillgång till de digitala tjänsterna skulle saknas. En utmaning är att koordinera nationella regler och ersättningsystem med de regionala regelverken för övriga vårdgivare. Vidare måste sådana nationella ersättningsystem utformas ekonomiskt hållbart. Dokumentation om den digitala vård som givits bör också som regel vara tillgänglig för andra vårdgivare om behov för detta finns.

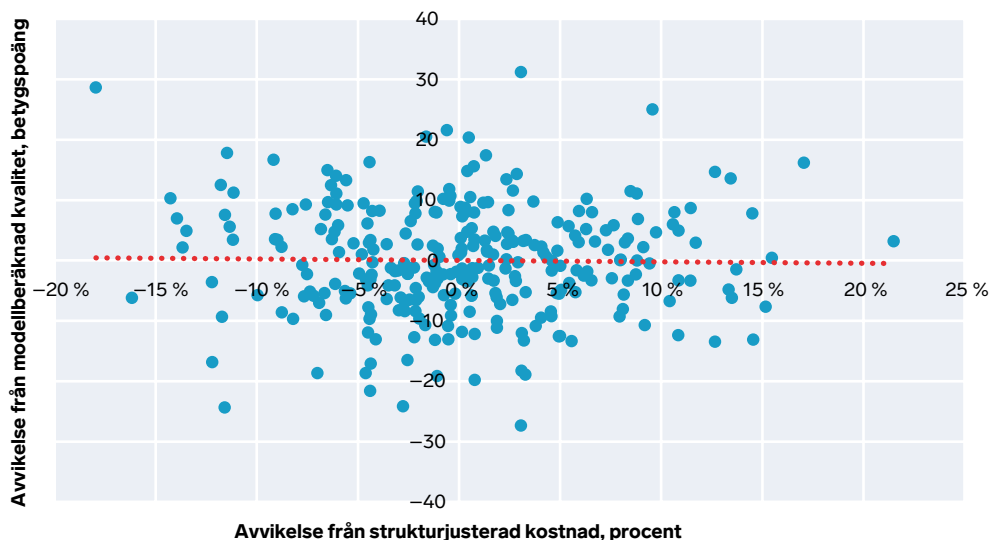
3.2 Stärkt benchmarking och extern uppföljning och utvärdering

Problem och möjligheter

Det systematiska lärandet mellan regioner och mellan kommuner är svagt utvecklat. Om sektorn generellt skulle bli bättre på att efterlikna arbetsätt från de kommuner och regioner som förmår tillhandahålla välfärdstjänster med såväl hög kvalitet som med hög kostnadseffektivitet skulle det vara möjligt att spara åtskilliga miljarder kronor.

I en rapport från Svenskt Näringsliv, som nyligen publicerats, har beräkningar gjorts av kommunernas effektiviseringspotential inom grundskolan och äldreomsorgen. Rapporten visar att det inte finns något statistiskt samband mellan de kommuner som satsar mycket resurser på grundskolan respektive äldreomsorgen och högre kvalitet i dessa verksamheter, även när hänsyn tagits till strukturella skillnader mellan kommunerna. Detta visar att avgörande för kvaliteten inte är hur mycket resurser som satsas utan hur resurserna används, och att det är möjligt och rimligt att begära mer av lärande mellan kommunerna.

Figur 2. Resurser och resultat i grundskolan, 2020



Våra beräkningar indikerar att kommunernas kostnader skulle minska med upp till 10 procent inom grundskola respektive äldreomsorg om alla kommuner bedrev sin verksamhet lika effektivt som en grupp föredömeskommuner, som presterar väl såväl vad gäller kvalitet som kostnadseffektivitet. I analysen har hänsyn tagits till skillnader i strukturella förutsättningar mellan kommuner såvitt gäller såväl kostnader som kvalitetsresultat.²³

Figur 3. Resurser och resultat i äldreomsorgen, 2020



Konsultföretaget WSP har gjort en likartad analys för övriga kommunala välfärdsområden, och identifierat effektiviseringspotentialer av liknande storleksordning. En rapport från Expertgruppen för Studier i Offentlig Ekonomi redovisar liknande resultat (ESO 2016). Även inom regionernas sjukvårdsverksamhet finns, som myndigheten Vårdanalys visat, betydande skillnader mellan regionerna vad gäller hur mycket resurser som satsas och vilken kvalitet som uppnås, utan att det finns ett signifikant samband mellan mer resurser och högre kvalitet. Detta tyder på avsevärda möjligheter att få ut mer värde för de resurser som satsas, eller ökad effektivitet, även i sjukvården.²⁴

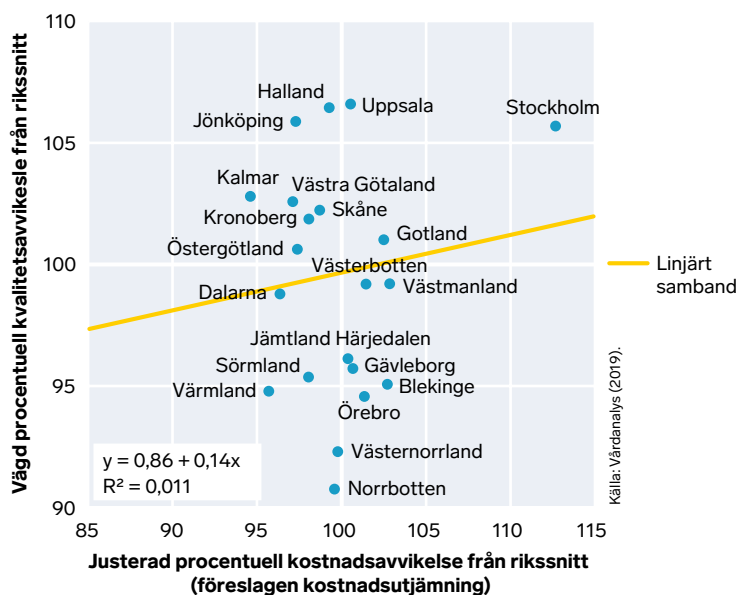
Idag utnyttjas jämförelser i för liten grad. Det blir allt svårare att försvara i och med de allt bättre möjligheterna att jämföra. Rådet för främjande av Kommunala Analyser (RKA) har nyligen tagit fram mått på effektivitet för flera välfärdsområden, som utgör ett viktigt komplement till tidigare redovisade kostnads- och kvalitetsjämförelser, i och med att hänsyn tas till varierande strukturella förutsättningar för att bedriva verksamheten.²⁵

²³ Svenskt Näringsliv (2021); Mer värde för skattepengarna i kommunerna. Rapport

²⁴ Svenskt Näringsliv (2019); Kommunal effektivitet – struktur eller skicklighet? Rapport av WSB, ESO, 2016:6 Mer än tur i struktur – en ESO-rapport om kommunal effektivitet. Vårdanalys (2019); Med örat mot marken – del 2. Rapport

²⁵ RKA; Effektivitet i kommunerna. 2021. Rapport

Figur 4. Resurser och resultat i sjukvården.



Anm. Som framgår av informationen i vänster nederkant i diagrammet är förklaringsgraden cirka 1 procent, det vill säga endast en procent av variationen i kvalitet förklaras av variationen i kostnader.

Samstämmigheten är stor mellan RKA:s utfall och Svenskt Näringslivs utfall vad gäller vilka kommuner som är effektiva. I ESO-rapporten "Morot utan piska" jämförs olika effektivitetsmått, liksom i RKAs rapport "Effektivitet i kommuner", och jämförelserna visar stor överensstämmelse.²⁶ I och med metodutvecklingen på detta område har förutsättningarna att göra jämförelser av effektivitet förbättrats.

Jämförelserna kan användas både för att utvärdera den egna effektiviteten över tid och utvärdera den egna kommunen mot kommuner med högre effektivitet. Förklaringen kan finnas i skillnader i organisation och i ledning och styrning.

Benchmarking ses ofta som en frivillig åtgärd för att förbättra den egna organisationens prestationer och resultat. Som nämnts ovan finns mycket att göra i detta avseende i den svenska kommunsektorn. Starka skäl talar för att varje kommun och region bör genomföra systematisk benchmarking av sin verksamhet.

Ökad benchmarking behöver dock kompletteras med ökad extern uppföljning och utvärdering av kommuner och regioner. Staten har delegerat ansvaret för välfärden till regioner och kommuner. Därför är det naturligt att staten följer upp på vilken nivå regioner och kommuner levererar välfärd vad gäller kvalitet och effektivitet. Det är också viktigt att det finns ett tillräckligt regelverk för kommuner och regioner som motverkar korruption och främjar god ekonomisk hushållning.

När det gäller förslag till nationella åtgärder för att stärka incitamenten för kommuner och regioner att effektivisera, till exempel införandet av en effektivitetsbonus, hänvisas till Svenskt Näringslivs rapport (2021) "Mer värde för skattepengarna i kommunerna – så kan demografiska utmaningen mötas" (sidan 3 och avsnitt 5).

²⁶ ESO, 2020:3 Morot utan piska – en ESO-rapport om stärkta incitament för kommunal effektivitet

Förslag

Mot den bakgrunden bör jämförelser mellan kommuner och mellan regioner främjas och statens roll stärkas när det gäller uppföljning och utvärdering i enlighet med följande.

1. *Varje kommun och region bör genomföra systematisk benchmarking av sin verksamhet.* Detta kan komma till stånd genom frivilliga överenskommelser mellan SKR och staten eller genom lagstiftning.
2. *Staten bör ansvara för uppföljning av kvalitet och effektivitet i kommuner och regioner.* Staten bör också ställa minimikrav på kommunerna i dessa avseenden. Dessutom bör staten stimulera dem till högre kvalitet och effektivitet. Idag sker denna uppföljning av kommunerna och regionerna själva, vilket inte är tillräckligt. Kommuner och regioner kan därmed fortsätta att leverera på en svag nivå, till men för medborgarna. Är kvalitets- och/eller effektivitetsnivån alltför svag finns skäl att staten begär att resultaten förbättras och en plan för hur detta ska ske, i syfte att ingen kommun eller region ska leverera ”under minsta godtagbara standard”. Förutom att en sådan ordning skulle kunna förbättra kvalitet och effektivitet generellt skulle också kvalitetsskillnaderna i välfärden kunna minska, inte genom att de bästa blir sämre utan genom att sämre förbättrar sin standard. Detta i sin tur kan bidra till en mer jämlik välfärd.

Kvalitets- och kostnadsmått finns inom såväl skola som sjukvård. Det handlar i första hand inte om att utveckla nya mått²⁷, utan att staten aktivt följer upp och offentliggör kommunernas och regionernas prestationer vad gäller befintliga mått inom dessa välfärdsområden. Inom omsorgens område behöver dock kvalitetsmått utvecklas.

De kvalitetsmått som väljs ut för uppföljning och jämförelse bör inom vård och omsorg sannolikt väsentligen bestämmas av professionen. Inom skolan finns redan ett antal övergripande mått framtagna, ytterst fastslagna av riksdagen, men generellt behöver skolan bli väsentligt bättre på att mäta och följa upp elevernas kunskapsresultat och att redovisa enskilda skolors förädlingsvärde.²⁸

3. *Det är också angeläget att stärka incitamenten till högre effektivitet i kommunsektorn.* Därför finns skäl att på sikt införa en statlig effektivitetsbonus såväl till kommuner och regioner som uppvisar en hög effektivitet som till sådana som förbättrat sin effektivitet väsentligt. Detta har också föreslagits i den nämnda ESO-rapporten ”Morot utan piska”. För att en sådan ska bli rättvisande krävs dock såväl en större träffsäkerhet vad gäller att kvalitetsmått mäter rätt saker och är pålitliga som att effektivitetsmått utvecklas.

²⁷ Dock bör så kallade progressionsmått utvecklas inom skolans område. Se till exempel Svenskt Näringsliv (2020); Stärkt kvalitetsredovisning i välfärden

²⁸ Svenskt Näringsliv (2019); Förädlingsvärdets värde – att mäta skolors och lärares effektivitet. Rapport.

4. *De öppna kvalitetsredovisningarna gentemot medborgarna behöver förbättras.*
Det handlar om ett begränsat antal nyckeltal, redovisade på enhetsnivå, som ska göras publikt lättillgängliga framför allt på webben. Detta ska stödja medborgarna att göra informerade val. Det blir också en drivkraft för utförarna att prestera bättre. Svenskt Näringsliv har ett utvecklat förslag om hur detta kan ske.²⁹
5. *Riksrevisionen bör få mandat att granska effektiviteten även i kommunsektorn.*
Riksrevisionen har en angelägen uppgift i att granska effektiviteten i statsförvaltningen. Att sådana granskningar inte kan ske i den likaledes skattefinansierade kommunsektorn är en klar brist.
6. *Staten bör lagreglera att räkenskaperna i varje kommun och varje region ska revideras av auktoriserade revisorer.*

3.3 Stärkt roll för de privata företagen för innovationer och konkurrenstryck

Problem och möjligheter

Det är Svenskt Näringslivs uppfattning att de privata företagens potential för att utveckla konkurrenstryck och innovationskraft i vården inte tagits till vara i tillräcklig utsträckning.

En av styrkorna med vinstsyftande privata företag är att de har möjlighet att ta risk.³⁰ Att utveckla en idé till en tillämpbar innovation, som också sedan möter marknads-mässig framgång, kräver såväl riskvilligt kapital som en möjlighet att i ett senare skede få avkastning för den risk som tas. De innovationer vi ser inom läkemedel, medicin-teknik och digitala verktyg är ofta ett resultat av just dessa möjligheter och drivkrafter. I framtiden är det dessutom sannolikt att vi kommer att se allt mer av en branschglidning, där företag med till exempel en medicinsk-teknisk bakgrund integrerar framåt och dessutom tillhandahåller vård. I praktiken sker detta redan idag till exempel vad gäller dialysvård, som sker på kliniker vars ägare också tillhandahåller den medicinsk-tekniska utrustningen. Ett annat exempel är de så kallade nätläkarföretagen, som har kombinerat framtagande av digitala verktyg för tjänsten och tillhandahållande av själva vårdtjänsten. Om vi inte hade haft LOV-system i primärvården (Lagen om Valfrihetssystem), med fri etableringsrätt om kvalitetskraven är uppfyllda, i kombination med rätten att välja vård över hela landet för öppen vård, hade med all sannolikhet nätläkarföretagen inte kunnat expandera. Sverige hade dessutom varit betydligt sämre rustat för den övergång till mer av digital vård som har betytt att den fysiska vården fått nödvändig avlastning under pandemin, och många patienter har kunnat få sina vårdbehov tillgodosedda digitalt i stället för inte alls. Svensk sjukvård skulle heller inte göra samma kvalitetsmässiga

²⁹ Svenskt Näringsliv (2019); Kommunal effektivitet – struktur eller skicklighet? Rapport av WSB, ESO, 2016:6 Mer än tur i struktur – en ESO-rapport om kommunal effektivitet. Vårdanalys (2019); Med örat mot marken – del 2. Rapport ESO, 2020:3 Morot utan piska – en ESO-rapport om stärkta incitament för kommunal effektivitet

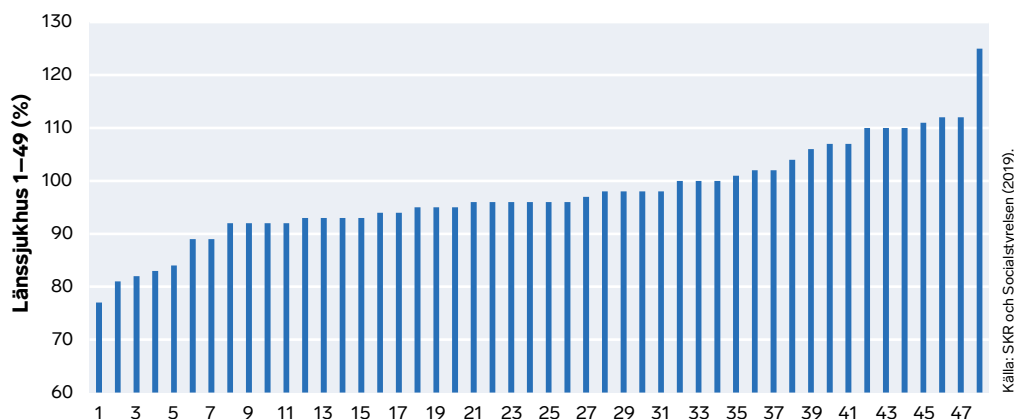
³⁰ Regioner och kommuner är förhindrade av lagstiftning att ta större risker, vilket framgår bland annat av att kommunerna normalt är förhindrade att bedriva affärsverksamhet. En bakomliggande orsak till den anbefallda försiktigheten med ekonomiska medel är att kommunen ytterst finansierad med av medborgarna obligatoriskt uttaxerade skatter.

framsteg utan innovativa produkter från svenska och internationella företag. Det är också viktigt att förstå att dessa företag behöver gå med vinst, annars skulle de inte finnas.

En annan styrka med de privata företagen är att de bidrar till att utveckla och upprätthålla ett konkurrenstryck. Ett av de bästa exemplen är återigen inom primärvården där forskning visar att reformen med valfrihetssystem inneburit förbättrad tillgänglighet för samtliga patientgrupper, även om socio-ekonomiskt starka grupper vunnit mest.³¹ Kostnadseffektiviteten hos de privata vårdgivarna i primärvården torde även generellt sett vara betydligt högre än den är hos de offentliga vårdgivarna. I 18 av 21 landsting redovisade egen-regin inom primärvården ett underskott 2019. Så har bilden dessutom sett ut under hela senare delen av 10-talet. I den mån underskott uppstår hos de privata vårdgivarna måste dessa täckas av ägarna, och det är ytterst osannolikt att dessa accepterat motsvarande långsiktiga underskott.³² Privata Capio Sankt Görän är också det mest effektiva sjukhuset i Stockholmsregionen i sin storleksklass, enligt en undersökning från Stockholms Läns Landsting.³³ Mer anmärkningsvärt är att Sankt Görän vad gäller den slutna sjukhusvården framstår som med marginal mest produktivt av samtliga 49 redovisade länssjukhus i den tidigare nämnda rapporten om sjukhusvårdens produktivitet. Capio Sankt Görans kostnadsnivå ligger mer än 20 procent under den förväntade, med hänsyn tagen till patienternas vårdtyngd (se figur 5).³⁴ Av den nämnda undersökningen från Stockholms Läns Landsting framgår dessutom att Capio Sankt Görän ansågs prestera väl kvalitetsmässigt.

Figur 5. Produktivitetsskillnader mellan länssjukhus, slutenvård

Andel av strukturerad kostnad – förväntad kostnad – per DRG-poäng



Anm. Varje stapel är ett länssjukhus. Stapelns höjd visar den faktiska produktionskostnaden som andel av den förväntade, när hänsyn är tagen till strukturella skillnader mellan sjukhusen. Sjukhus nummer 1 i diagrammet ovan är Capio St Görän.

³¹ Blix & Jordahl; Privatizing welfare services. 2021. Oxford University Press

³² Vårdföretagarna, Privata vårdakta 2021

³³ SLL; Benchmarking av akutsjukhusens effektivitet. 2019.

³⁴ SKR och Socialstyrelsen; Kostnader 2019 för NordDRG

En jämförande studie som konsultföretaget Sirona har gjort på Vårdföretagarnas uppdrag visar att om regionerna skulle använda privata vårdgivares fulla kapacitet skulle de få mer vård för pengarna än om operationerna görs på regionernas egna sjukhus. När det gäller höftproteser tyder studien på att 30–50 procent fler patienter kan få operation hos privata vårdgivare för samma kostnad. När det gäller grå starr handlar det om ännu fler patienter (räknat i procent).³⁵

För att värna och utveckla konkurrenstryck och innovationskraft i svensk sjukvård är det därför viktigt att de förändringar som behöver genomföras för att skapa en effektivare vård tar till vara och utvecklar de privata företagens roll. Det handlar även om att använda all tillgänglig infrastruktur och resurser i ett partnerskap mellan privata och offentliga utförare. Det är till exempel viktigt att de privata vårdföretagen får möjlighet att medverka i arbetet med att beta av den vårdskuld som har uppkommit under pandemin. Här kan företagen också få möjlighet att visa innovationskraft genom att på kort tid bygga upp verksamheter med effektiva flöden, vilket gynnar såväl regioner som företag och patienterna. Starka skäl talar för att partnerskapet på sikt bör inkludera samarbete för utveckling av metoder, organisation och ledarskap, i syfte att främja kvalitet och effektivitet.

De privata vinstsyftande företagen i vård och omsorg – liksom inom skolan – möjliggör också en reell valfrihet inom välfärden. Förutom att denna valfrihet i sig innebär en välfärdsvinst – individen får i högre utsträckning sina preferenser uppfyllda – kan och bör den ökade valfriheten leda till högre kvalitet, särskilt vid transparenta redovisningar av utförarnas kvalitet som leder till informerade val.³⁶

Ett kroniskt problem i svensk sjukvård är de långa köerna som också utmärker sig i ett internationellt perspektiv.³⁷ Den lagstadgade vårdgarantins målsättning är att garantera en maximal väntetid till besök i specialistvård om tre månader och en väntetid till operation eller behandling om också maximalt tre månader.³⁸ Trots den mycket väl tilltagna garanti-tiden har ingen region, eller tidigare landsting, någon gång sedan åtminstone 2005 uppfyllt denna till fullo. I oktober 2021 väntande cirka 615 000 patienter på vård inom den skattefinansierade vården och mer än 200 000 patienter hade väntat längre än vårdgarantins längd om 90 dagar till ett första besök, en operation eller en behandling i specialistvården.³⁹ Statens styrning på detta område har förutom formulerandet av själva vårdgarantin huvudsakligen inskränkt sig till att ekonomiskt stimulera landstingen att uppfylla vårdgarantin genom den så kallade kömiljarden. Denna har dock endast haft begränsad effekt i ljuset av att problemet med långa väntetider är kroniskt för vården. En vassare vårdgaranti med drag av den danska ordningen⁴⁰, innehållande kortare tidsgränser, ökad patientmakt, en ökad roll för effektiva privata företag och ekonomiska sanktioner för regionerna när tidsgränserna överskrids är därför väl motiverat.

³⁵ Vårdföretagarna (2021); Hur uppskjuten vård kan arbetas bort med stöd av privata vårdgivare

³⁶ Se till exempel Heller Sahlgren & Sanandaji; Effekter av New public management i Sverige – vad säger forskningen

³⁷ Se till exempel European Health Consumer Index 2018, Report

³⁸ Det är dessutom att notera att väntetid fram till beslut av remitterande vårdgivare tillkommer utöver garantitiden, liksom att tiden för eventuella undersökningar som specialistvården anser motiverade innan beslut om vårdåtgärd heller inte inkluderas i garantitiden.

³⁹ SKR 2021-11-23; Väntetider i vården

⁴⁰ Se Bilaga

Förslag

1. *För att värna och utveckla konkurrenstryck och innovationskraft är det viktigt att en i framtiden utbyggd primärvård även framgent lyder under LOV.* Detta innebär att det ska finnas etableringsfrihet för de utförare som uppfyller kvalitetskraven. Det är också viktigt med en stärkt nationell uppföljning av kvalitet och effektivitet i vården, så att 'best practice' och goda resultat kan ge vägledning vid upphandling, eller vid konkurrensutsättning genom LOV, av specialistvård.
2. *Fler sjukhus bör konkurrensutsättas.* Akutsjukhusen dras generellt sett med omfattande produktivetsproblem, medan däremot Capio Sankt Göran sticker ut med en relativt sett hög produktivitet. Fler akutsjukhus bör därför konkurrensutsättas genom upphandling.
3. *Utred och genomför en vassare vårdgaranti.* En sådan bör innehålla väsentligt kortare tidsgränser, ökad patientmakt, en ökad och tydlig roll för effektiva privata företag och ekonomiska sanktioner för regionerna när tidsgränserna överskrids. Här kan man tänka sig att patienterna får tillgång till ett digitalt verktyg som visar vilka vårdgivare, privata eller offentliga, som har ledig kapacitet (och när i tiden den kommer att finnas) för undersökning eller behandling av det för patienten aktuella tillståndet eller diagnosen, liksom vårdgivarnas kvalitet. Ett sådant verktyg har potential att leda till ett bättre samlat resursutnyttjande. Patienten bör också ges en klart uttalad rätt – och regionen en skyldighet – att av hemregionen bli inbokad på en klinik – privat eller offentlig – med ledig kapacitet om vård bedöms inte kunna ges av hemregionen inom en – betydligt snävare – vårdgaranti. Patientens hemregion bör betala sådan vård. Utredningen måste genomföras av staten.⁴¹
4. *Utred också att låta en privat vårdgivare, efter upphandling, få ett helhetsansvar för vården inom ett avgränsat geografiskt område, till exempel en region, för de individer som väljer vårdgivaren.* Ersättningen till vårdgivaren baseras väsentligen på det samlade förväntade vårdbehovet för de individer som väljer vårdgivaren. Den stora fördelen med en sådan möjlighet är att incitamenten blir rättvanda, det vill säga det finns ekonomiska skäl att satsa på förebyggande (hälso-)vård eftersom det håller medborgaren friskare och skjuter upp, eller minskar, vårdkostnaderna för medborgaren. När medborgaren väl behöver vård finns incitament att vårda patienten på den lägsta lämpliga vårdnivån. Den samverkan som behöver ske mellan aktörer inom vårdgivarens ansvarsområde sköts av vårdgivaren, och ”kommenteras” inte fram genom lagar, fyrkantiga regelböcker och trubbiga offentliga ersättningssystem för en vårdkedjas olika delar. Genom att ge en vårdgivare, eller ett konsortium av samverkande vårdgivare ett sådant ansvar, kan en systemkonkurrens på regionnivå för tillhandahållandet av vårderbjudandet – det vill säga själva produktionen – kunna växa fram.

En person som listat sig hos den privata vårdgivaren ska självfallet kunna lista om sig hos regionen, så att valfrihet och konkurrens upprätthålls. Ett krav är också att vårdgivarens IT-system är kompatibla med de öppna standards som den nationella digitala infrastrukturen kräver.

⁴¹ Rätten till fritt val i primärvård och öppen specialistvård ska självfallet bestå. Enskilda regioner ska också kunna ha kortare vårdgarantier än vad som gäller nationellt.

5. *Långsiktigt behöver privat driven välfärdsverksamhet, inte minst inom vård och omsorg, också infogas i momssystemet för att möjliggöra för dessa företag att göra momsavdrag på kostnader.* Dagens momsregler innebär att kostnaden för drift och investeringar i digitala lösningar och digital infrastruktur blir 25 % dyrare, eftersom momsavdrag inte kan erhållas för moms på inköpsfakturer, vilket självklart hämmar investeringsbenägenheten. Samma gäller även investeringar i till exempel byggnader och FoU. Det utgår numera moms också på inhyrd personal vilket ökar kostnaderna och försvårar möjligheterna till behovsanpassade personallösningar. För att möjliggöra momsavdrag behövs att momsreglerna på EU-nivå för välfärdsområdet ändras. Tiden har nu kommit för att på EU-nivå driva detta, i samband med att EU-kommissionen nyligen föreslagit ett paket för öppen och rättvis beskattning. För det fall att skattefinansiering måste inräknas i beskattningsunderlaget för moms kan behov finnas för en reducerad moms eller en nollskattesats.

3.4 Ökat statligt ansvar och koncentration av antalet regioner och kommuner

Problem och möjligheter

Ansvar för att tillhandahålla välfärdstjänster till befolkningen i Sverige ligger väsentligen på kommuner och regioner. Denna decentraliserade välfärdsmodell har många förtjänster, som att nya metoder lättare kan prövas och att det kan vara lättare för medborgarna att påverka tjänsternas utformning, liksom att medborgarna kan ha lättare att utkräva ansvar från deras valda politiker.

Under senare år har emellertid flitigt debatterats hur pass decentraliserad välfärdens organisation bör vara och vilka ansvarsnivåer som ska finnas. Likaså har diskuterats om antalet kommuner och regioner är ändamålsenligt eller om en koncentration bör ske. Bakomliggande orsaker till diskussionen har varit ett ifrågasättande av effektiviteten i nuvarande struktur och organisation och en oro för ojämn och därmed också svag kvalitet. En del i diskussionen handlar också om huruvida organisation och struktur är tillräckligt rustad för framtidens utmaningar.

Samtidigt ska det poängteras att många av de förslag vi lagt i de föregående avsnitten, Ökad digitalisering i välfärden (3.1), Stärkt benchmarking och extern uppföljning och utvärdering (3.2) samt Stärkt roll för de privata företagen (3.3) innebär ett ökat statligt ansvar för välfärden, i syfte att få till stånd en ökad effektivitet. Sådana förslag kan sägas vara av strukturell natur och innebära en viss centralisering.

En ökad centralisering av välfärden, i syfte att öka effektiviteten, kan inte bara ske genom ökat statligt ansvar. Det kan också ske genom en koncentration av antalet regioner och antalet kommuner.

Nedan följer en listning med potentiella fördelar med ökad centralisering/nationell styrning respektive med ett decentraliserat system, samt några argument mot ökad centralisering/nationell styrning.

Potentiella fördelar med ökad centralisering/nationell styrning

- Lokal kapacitetsbrist kan ställas mot nationella resurser.
- I kombination med en digital plattform kan stora mängder vårddata skapas för forskning och ökad kunskap.
- Lättare uppnå stordriftsfördelar.
- Möjligt att kraftsamla kompetens till exempel för att implementera digitala lösningar/tillämpa nya upphandlingsformer.
- Stärker möjligheterna att få genomslag för nationella prioriteringar, till exempel kortare vårdköer, men även ökade möjligheter att snabbare sprida ny teknik m m.
- Starkare aktör vid upphandling av medicin och vårdutrustning på världsmarknaden.
- Möjlighet till samlad utvärdering av utförarens och huvudmäns kvalitet och effektivitet.
- Lättare att definiera och avgränsa det offentliga åtagandet då avståndet till lokala opinioner är längre.

Potentiella fördelar med ett decentraliserat system

- Närheten till medborgarna ger legitimitet.
- Enklare anpassa sjukvården till lokala förhållanden.
- Enklare fatta beslut.
- Enklare realisera verksamhetsdrivna innovationer.
- När regioner och kommuner gör olika kan tiden utvisa 'best practice' och regioner och kommuner kan lära av varandra – naturliga experiment.
- Besluten fattas närmare medborgarna vilket kan möjliggöra ett effektivt ansvarsutkrävande.

Allmänna argument mot ökad centralisering/nationell styrning

- Polisen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är stora statliga organisationer som uppvisar bristande effektivitet.
- Ökad byråkrati och stelhet.
- Beslut tas längre från medborgarna.
- Stuprörstänk i regeringskansliet kan lamslå beslutsfattande.
- Om felaktiga beslut tas blir genomslaget och skadeverkningarna mer omfattande.

Ökad koncentration genom en minskning av antalet regioner och kommuner har varit föremål för flera statliga utredningar. Redan Ansvarskommittén föreslog 2007 (SOU 2007:10) att antalet landsting skulle minska. Kommittén lanserade begreppet utvecklingskraft och argumenterade för att den skulle främjas med färre regioner (då landsting). Indelningskommittén (Fi 2015:09) var inne på samma linje, att en minskning av antalet landsting skulle gynna effektiviteten i sjukvården. Förslagen strandade emellertid på stort motstånd från regionala politiker. Kommunutredningen (SOU 2020:8) kom i sin analys fram till att särskilt små kommuner inte besitter tillräcklig utvecklingskraft. Den har emellertid en begränsning i sina direktiv att

kommunsammanslagningar inte får föreslås. Sammanfattningsvis kan sägas att argumenten handlar om att stärka kompetensen och den ekonomiska styrkan för att ge bättre förutsättningar för kommunsektorn att utveckla en effektiv verksamhet.

En koncentration av antalet regioner kan enligt Svenskt Näringslivs bedömning bidra till att några av de listade fördelarna med centralisering uppnås samtidigt som fördelarna med ett decentraliserat system ändå väsentligen kan behållas. De fördelar som kan erhållas är bland annat ökad ekonomisk kapacitet för investeringar, att det bör bli lättare att uppnå stordriftsfördelar, till exempel vad gäller IT-system och i upphandlingar, och att det bör bli bättre möjligheter att kraftsamla kompetens till exempel för att implementera digitala lösningar/tillämpa nya upphandlingsformer. Dessutom är det lättare att samordna cirka 4–7 regioner än 21 stycken.

Ovanstående argument skulle kunna tala för att förstatliga särskilt sjukvården. Anledningarna till att vi inte förordar detta är främst följande:

- Stora statliga strukturer riskerar att leda till stela monopol, som inte går att utmana, och minska utrymmet för privata initiativ.
- Det kan också minska utvecklingskraften i vården jämfört med jämbördiga regioner som är fria att prova nya lösningar och kan lära av varandra.
- Om felaktiga beslut tas blir genomslaget och skadeverkningarna mer omfattande vid förstatligad vård.

När det gäller en koncentration av antalet kommuner synes, mot bakgrund inte minst av Kommunutredningens överväganden, detta angeläget i första hand vad gäller de minsta kommunerna. Det kan röra sig om kommuner som har under 15 000 invånare.⁴² Det viktigaste argumentet handlar om att skapa minsta kritiska massa, personellt och ekonomiskt, för utvecklingskraft. De argument i övrigt som gäller för regionerna för ökad koncentration är också i viss utsträckning giltiga. Detta gäller särskilt att de minsta kommunerna har merkostnader just på grund av sin befolkningsmässiga storlek, det vill säga skalnackdelar.⁴³

Färre regioner och i viss mån färre kommuner bör också mer specifikt förbättra förutsättningarna för effektiv digitalisering, benchmarking och privata företag – genom konkurrensutsättning, det vill säga de övriga grundstenar som Svenskt Näringsliv identifierat som kritiska för att få till stånd en ökad effektivitet. När det gäller framgångsrik digitalisering är ekonomisk styrka och kompetens i sak viktiga förutsättningar. Framgångsrik benchmarking kräver att resurser kan avsättas, att analyskapacitet finns och att kraft för förändringsarbete kan mobiliseras. Olika former av konkurrensutsättning behöver ett tillräckligt underlag vad gäller patienter, elever, brukare etc. Dessutom krävs god kompetens vad gäller utformning av upphandlingar eller valfrihetssystem samt hur dessa bäst följs upp.

⁴² Se Svenskt Näringslivs remissvar 2020-09-30 (SN dnr 47/2020) på Kommunutredningen (SOU 2020:8). Se även Kommunutredningen, s. 362–366 och 435–437.

⁴³ Kommuninvest (2020); Utjämning av kommunalskatterna. Rapport

Förslag

1. *Staten bör ta ett ökat ansvar för*
 - *att främja en ökad digitalisering (se avsnitt 3.1)*
 - *ökad uppföljning och utvärdering av kommunernas och regionernas verksamhet (se avsnitt 3.2)*
 - *stärkt effektiv konkurrensutsättning inom sjukvården samt att vårdköerna kortas genom en vassare och reformerad vårdgaranti (se avsnitt 3.3)*
2. *Antalet regioner bör minskas, i enlighet med Ansvarskommitténs och Indelningskommitténs intentioner, från dagens 21 till cirka 4–7 stycken*
3. *En koncentration bör ske av de minsta kommunerna, i första hand aktuellt vad gäller kommuner under 15 000 invånare.*
4. *Förslagen i punkt 2 och 3 ovan bör vara föremål för en statlig utredning.*

4. Vad bör politiken göra nu?

En nödvändig fråga gäller om de reformer som behövs huvudsakligen ska bygga på dagens system, där inspiration kan hämtas från reformer i andra länder med välfärds-system liknande det svenska, eller om mer radikala reformer borde göras. Vi har övervägt den nederländska försäkringssystemet inom sjukvården för svenskt vidkommande (se Bilaga). Övervägande skäl talar dock för att inte göra en sådan radikal förändring av det svenska sjukvårdssystemet. Skälen är att det tar lång tid att bygga ett helt nytt system, att övergången blir komplex och kan kosta temporärt kvalitetsmässigt, att förändringar behöver ske snabbt samt att den integration i form av sammanhållen vård som var en viktig målsättning med det nederländska systemet inte synes ha uppfyllts. Vid en jämförelse av kvalitet och kostnader mellan Nederländerna och Sverige synes den stora skillnaden handla om tillgänglighet, där Nederländerna presterar betydligt bättre. Samtidigt finns dock andra länder, med skattefinansierade system, som har korta köer – till exempel Danmark, varför det bör vara möjligt att inom ramen för sådana system prestera väsentligt bättre än vad den svenska vården gör idag.

I det reformarbete som måste ske bör dock viktiga erfarenheter från såväl Nederländerna som Danmark och Norge⁴⁴ tas tillvara (se Bilaga för en beskrivning av erfarenheterna från Danmark och Norge). Av betydande intresse är den strukturella skillnaden gentemot Danmark, med starkare statlig styrning i Danmark vad gäller digitalisering och tillgänglighet, som uppenbarligen har haft betydande positiva effekter inom båda dessa områden.

När det gäller tillgängligheten noteras till att börja med de väsentligt kortare maximala väntetider enligt vårdgarantin, maximalt 30 dagars väntetid till undersökning och 30 dagar även till behandling. Styrmedlen är också intressanta, med överblick och sökfunktion för patienterna vad gäller vårdgivare med ledig kapacitet liksom deras kvalitet, och att regionen också måste hjälpa patienten att få vård hos annan lämplig vårdgivare, om vårdgarantin inte hålls, samt att sådan vård måste betalas av regionen – vilket bedöms som en form av sanktion. Reglerna har enligt uppgift bidragit starkt till att köerna minskat väsentligt.⁴⁵

⁴⁴ Även Norge har ett huvudsakligen skattefinansierat system.

⁴⁵ DN Debatt 2020-10-16; ”Skrota vårdgarantin och inför i stället den danska modellen”

Utgångspunkten för reformarbetet bör således vara dagens system. Den riktning som ett sådant reformarbete bör ta för att uppnå målet om ökad effektivitet och kvalitet bygger på den redovisning som ovan gjorts och baseras på våra fyra nyckelområden eller grundstenar – ökad digitalisering, stärkt benchmarking och extern uppföljning och utvärdering, stärkt roll för privata företag samt strukturella förändringar i form av ökat statligt ansvar och koncentration av antalet regioner och kommuner. En överblick över riktningen ges i följande faktaruta.

1. *En framgångsrik digitalisering är sannolikt en viktig nyckel till en effektivare välfärd. Den kräver:*
 - a. Ökat statligt ansvar vad gäller
 - i. digital infrastruktur, inklusive patientinformation,
 - ii. samfinansiering av investeringar i digitala lösningar med regioner och kommuner,
 - iii. att lagändringar genomförs som medför möjligheter till framgångsrik digitalisering,
 - iv. att facilitera digitala lösningar i regioner och kommuner.
 - b. Att regioner och kommuner har tillräcklig kompetens för att upphandla och implementera digitala lösningar, samt att de har möjligheter att finansiera de investeringar som krävs. Detta pekar mot att
 - i. en koncentration bör ske av antalet regioner och kommuner,
 - ii. att staten kan behöva ge kompetensmässigt stöd vad gäller upphandlingar av digitala lösningar.
 - c. Att de privata företagen har etableringsmöjligheter och frihetsgrader så att digitala innovationer uppmuntras. Detta innebär att:
 - i. Etableringsfrihet ska fortsatt råda i en utbyggd primärvården.
 - ii. Det bör finnas möjlighet för en privat vårdgivare att få ett helhetsansvar i en region för de medborgare som väljer vårdgivaren. Detta ger incitament till effektiviserande digitala lösningar.
 - iii. Upphandling eller LOV-system ska främjas genom att staten har ansvar för uppföljning av kvalitet och effektivitet.
 - iv. Nationella regel- och ersättningssystem bör övervägas för vårdgivare av enbart digitala tjänster.
2. *En framgångsrik benchmarking och extern uppföljning och utvärdering kräver:*
 - a. Att enheter med samma uppdrag kan jämföra sig med varandra och succesivt utveckla 'best-practise'. Detta talar för
 - i. ett antal regioner som ansvariga för vården, och inte staten,
 - b. Att staten utvecklar en fullgod uppföljning och utvärdering av kvalitet och effektivitet och öppet redovisar resultaten för medborgarna,
 - c. Mer av öppna kvalitetsredovisningar gentemot allmänheten,
 - d. Att Riksrevisionen också får mandat att granska effektiviteten i kommuner och regioner.
3. *De privata företagens roll i vården och omsorgen är viktig för innovation och konkurrenstryck. Den bör stärkas. Detta bör ske genom att:*
 - a. En i framtiden utbyggd primärvård lyder under LOV, det vill säga det ska finnas etableringsfrihet för de utförare som uppfyller kvalitetskraven.
 - b. De privata vårdföretagen får möjlighet att bistå regionerna med att beta av den vårdskuld som uppkommit under pandemin.
 - c. De privata vårdföretagen får en definierad och tydlig roll i en vassare vårdgaranti, med kortare väntetider.
 - d. Fler sjukhus bör konkurrensutsättas. Detta bör ske genom upphandling.
 - e. Den nationella uppföljningen av kvalitet och effektivitet i vården stärks, så att best practice och goda resultat kan ge vägledning vid upphandling/konkurrensutsättning av specialistvård.
 - f. Överväga att låta en vårdgivare, efter upphandling, få ett helhetsansvar för vården inom ett avgränsat geografiskt område, till exempel en region, för de individer som väljer vårdgivaren.

4. *Graden av centralisering och decentralisering av välfärdens organisation har i sig betydelse för dess effektivitet.*

- a. Ett ökat statligt ansvar bör bara motiveras av uppenbara effektivitets- och säkerhetsskäl. Att bygga stora statliga strukturer riskerar leda till monopol, som inte går att utmana, och minska utrymmet för privata initiativ. Det kan också minska utvecklingskraften i vården jämfört med jämbördiga regioner som är fria att prova nya lösningar. *Givet detta bör statens ansvar öka vad gäller*
- i. digital infrastruktur och investeringar i digitala lösningar – jämför punkt 1,
 - ii. definition av det offentliga åtagandet,
 - iii. krisberedskap och krishantering, bland annat upphandling av mediciner och vårdutrustning, optimera samlade vårdresurser vid kriser,
 - iv. utvärdering av utförares och huvudmäns kvalitet och effektivitet – jämför punkt 2,
 - v. lagstiftningsåtgärder för stärkt primärvård och för bättre samordning mellan vård och äldreomsorg (se förslagen i God och nära vård⁴⁷),
 - vi. reglering av vårdgivare som tillhandahåller enbart digitala vårdtjänster,
 - vii. införande av regelverk för ökad tillgänglighet i vården med inspiration av den danska ordningen – jämför punkt 3.
- b. *En ökad koncentration vad gäller antalet regioner och kommuner bör ske. Detta motiveras av följande:*
- i. Det blir lättare att uppnå utvecklingskraft vad gäller till exempel kompetens för att implementera digitala lösningar/tillämpa nya upphandlingsformer.
 - ii. Ökad ekonomisk kapacitet för investeringar.
 - iii. Lättare uppnå stordriftsfördelar till exempel vad gäller investeringar i IT-system och i upphandlingar.
 - iv. Det är lättare att samordna till exempel 4–7 regioner än 21 när så krävs.

Det ska understrykas att de fyra nyckelområdena/grundstenarna hänger ihop. Till exempel förutsätter framgångsrik digitalisering ett ökat statligt ansvar för styrning och infrastruktur, men också en starkt roll för privata företag som innovatörer. Det kräver även förändrad struktur med färre regioner och kommuner med större utvecklingskraft.

Vi bedömer det inte som möjligt att inom ramen för nuvarande struktur, med 21 regioner och 290 kommuner, åstadkomma tillräckligt avgörande effektiviseringar. Den transformation som krävs förutsätter också mer av nationell styrning. De effektiviseringar som behöver ske kommer inte fram i nuvarande struktur och ledningsmiljö. Det är helt enkelt osannolikt att den utvecklingskraft som behövs sedan länge skulle kunna utvecklas i den nuvarande strukturen.

De fyra grundstenar för framtidens välfärd som vi redovisar ovan ökar förutsättningarna för en bred omställning i linje med satsningen på God och Nära vård. Med färre regioner förbättras förutsättningarna för bredare införande genom att samverkan mellan regionerna och med staten underlättas. Nära vård förutsätter också ett digitaliseringslyft och där är en viktig komponent att staten stödjer investeringar

⁴⁶ Utredningen (SOU 2020:19) föreslår bland annat att så kallade individuella vårdplaner i betydligt större utsträckning ska upprättas. Dessa kan inbegripa olika nivåer av regional sjukvård, kommunal hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Patienten ska också ha möjlighet till ett patientkontrakt. Dessa åtgärder är sannolikt inte viktigast utan att det finns ett stöd för målbilden om mer personcentrerad vård.

i nya digitala tjänster, i synnerhet sådana som förbättrar hälsa och livskvalitet för personer med kroniska sjukdomar och därmed minskar framtida vårdbehov. De exempel på breddinförande av digital egenmonitorering för personer med kroniska sjukdomar som finns härrör alla från privata vårdgivare, varför de behöver kunna spela en större roll. Det krävs också mer av jämförelser och lärande för att stimulera till spridning av det som visat sig fungera.

Vad ska då politiken göra nu? Mycket av det som vi föreslår bör gå att genomföra redan på kort sikt. Det gäller sådant som att staten, efter samråd, fastställer öppna och gemensamma standarder för den digitala infrastrukturen i välfärden och att staten långsiktigt och verksamt bidrar till finansieringen av digital infrastruktur och digitala lösningar. Ökad systematisk benchmarking kan åstadkommas på kort sikt av regioner och av kommuner i samverkan. På kort sikt kan också öppna kvalitetsredovisningar genomföras och statens ansvarsutkrävande av kommuner och regioner stärkas, genom att staten ställer kvalitets- och effektivitetskrav på kommunerna. Ett ökat nyttjande av effektiva privata vårdföretag för att korta värdköer kan också ske på redan på kort sikt, liksom att fler akutsjukhus konkurrerats ut – två åtgärder som regionerna har rådighet över.

Det krävs ett minskat antal regioner. De nuvarande sjukvårdsregionerna (där regionerna, före detta landstingen, är medlemmar) kan tjäna som utgångspunkt. Det finns olika alternativ när det gäller den politiska styrningen. Ett vägval gäller om beskattningsrätten bör ligga på den regionala nivån eller hos staten, som i både Danmark och Norge. Vi har stannat för att den bör ligga kvar hos regionerna även om styrningen vad gäller till exempel att få till stånd en ändamålsenlig digitalisering skulle kunna bli betydligt mindre komplex om staten tog över regionernas beskattningsrätt. Ett avgörande argument för regionernas beskattningsrätt är att alltför mycket makt i annat fall samlas i staten, till förfång bland annat för att nya effektiva vårdlösningar ska kunna växa fram.

En regionreform kan inte hastas fram. Samtidigt har dessa frågor utretts tidigare och kunskaper och erfarenheter därifrån kan tas till vara. En särskild utredning måste självklart tillsättas men bör kunna ges relativt kort tid för betänkande inklusive förslag. En kommunreform kan behöva utredas och beredas under längre tid.

Vad som också måste utredas är en vassare vårdgaranti. Här kan inspiration hämtas från det danska systemet. Effektiva privata företag behöver spela en viktig roll i utformningen av en sådan garanti.

Man bör också öppna för att efter upphandling ge en privat vårdgivare ett samlat hälso- och sjukvårdsansvar inom ett geografiskt område, för de individer som väljer vårdgivaren, i syfte att åstadkomma effektiva förebyggande åtgärder och ökad integration av vård. Detta skulle på sikt kunna skapa konkurrens även på systemnivå. Även här krävs utredning som bereder mark för en sådan upphandling.

Bilaga: Erfarenheter från andra länder – Danmark, Norge och Nederländerna

Strukturförändringar och ökad statlig styrning i Danmark och Norge

Också Danmark och Norge hade vid 2000-talets inledning liknande problem som Sverige och gjorde motsvarande utredningar av förvaltningsmodellen. Här ledde förslagen till handling, vilket resulterat i strukturförändringar. De danska och norska motsvarigheterna till de svenska landstingen har lagts ned som huvudmän för sjukvården, till förmån för nya regionala enheter, i Danmark finns fem regioner, utan beskattningsrätt, i Norge fyra statligt ägda hälsoföretag, först med renodlade professionella styrelser, men senare också med politiker, dock icke direktvalda.

I Danmark minskade antalet kommuner från 270 till 98, och antalet regioner från 13 till 5, samtidigt som staten tog över beskattningsrätten. En del av de tidigare regionernas uppgifter flyttades till kommunerna. Reformen genomfördes på kort tid, och fanns på plats 2007, tre år efter det att förslaget presenterats.

Varje region har ett befolkningsunderlag på ca 1 miljon invånare. De ansvarar för den specialiserade vården och finansierar – med statliga medel – primärvården. Primärvården rymmer huvudsakligen privatpraktiserande allmänläkare, även fysioterapi och basal öppenvård psykiatri ingår. Uppdraget till primärvården fastställs nationellt och är lika i hela landet. Kommunerna står för äldreomsorg och skolhälsovård.

Kvaliteten och tillgängligheten har förbättrats sedan reformen. Längre låg de medicinska resultaten efter Sveriges, men ligger numera på samma nivå. Danmark har dock betydligt bättre tillgänglighet, både i primärvården och i den specialiserade vården.

Också Norge har genomfört en strukturreform, och i likhet med Danmark genomfördes reformen snabbt, med genomförande år 2002, ett år efter att förslaget presenterats. I och med reformen övergick ansvaret för den specialiserade vården från de nitton fylkena (motsvarigheten till de svenska landstingen) till fem av staten bildade hälsoföretag, vilket senare minskats till fyra. Styrelseordföranden i hälsoföretagen utses av regeringen och styrelserna har representanter för patienter, personal och professioner, samt indirekt utsedda förtroendevalda. Staten hade redan sedan tidigare beskattningsrätten.

Hälsodepartementet beslutar om budget för hälsoföretagen och fastställer olika nationella regelverk som gäller i hela landet.

Kommunerna ansvarar för primärvården och i anslutning till strukturreformen infördes det så kallade fastläkarsystemet, ett kommunalt system som ger alla invånare möjlighet till en fast läkarkontakt i primärvården. Antalet fastläkare i en kommun beslutas av regeringen och kommunen, och inom den ramen finns en etableringsrätt, med huvudsakligen privatpraktiserande läkare. Ersättningen fastställs nationellt, med en fast ersättning per listad patient. Kommunen står för finansieringen, kompletterat med statliga bidrag.

Primärvården har förstahandsansvaret i förhållande till den specialiserade vården och det krävs oftast remiss till den specialiserade vården, även till akuten.

Med reformen har tillgängligheten förbättrats avsevärt, med också generellt sett mycket goda medicinska resultat.⁴⁷

Den danska motsvarigheten till den svenska e-hälsostategin är mer praktiskt orienterad. Inriktningen är att digitaliseringen ska stödja arbetssätt som gör det möjligt att så långt möjligt tillhandahålla vårdinsatser inom ramen för patientens vardagsliv, utanför institutionerna.

Danmark har fokus på kommunikation och på att data ska kunna delas mellan olika enheter. Sedan flera år är kommunikationen mellan primärvården och kommunernas äldreomsorg helt digitalt integrerad. I den specialiserade vården är det ett krav att data ska kunna delas mellan sjukhus och andra enheter. Regionerna har egna IT-system, men är anslutna till ett gemensamt digitalt system så att data kan delas oavsett plats i landet och oavsett leverantör.

I Danmark krävs samverkan mellan regionerna. Regionala projekt är inte isolerade öar. Det som testats i en region och fungerat väl kan införas i hela landet med statligt stöd. Därigenom är det en kortare väg till nationellt breddinförande. På så sätt har hemmonitorering för KOL skalats upp nationellt, därefter följer hjärtsvikt och diabetes.

När FN mäter digitaliseringsnivån för offentlig sektor i 193 länder tilldelas Danmark förstaplatsen. Det är satsningen på centraliserad data- och kommunikationsteknik som leder till topplaceringen. Danmark binder samman de offentliga organisationerna genom att de använder och delar samma data i gemensamma plattformar. Det gör att olika delar kan kommunicera med varandra utifrån samma data. Även kommunikationen med medborgarna är prioriterad. Det är ett lagkrav att medborgare och företag ska kunna ta emot digital post. Därigenom kan det offentliga nå medborgarna utan att gå omvägen via manuella brev, och omvänt, medborgarna når det offentliga digitalt, med effektivare informationshantering som följd.

Också i Norge spelar staten en aktiv roll när det gäller att introducera välfärdsteknologi. Staten fastställer ett ramverk kring vilka produkter och tjänster som ingår och tecknar avtal med varje fylke, som en förutsättning för delfinansiering.

⁴⁷ Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016 – The Lancet

Även när det gäller väntetider har Danmark mindre problem än Sverige. De har betydligt högre ambitioner med en vårdgaranti som stipulerar max 30 dagar väntetid till undersökning i den specialiserade vården och maximalt 30 dagar även till behandling. Det ska jämföras med Sveriges 90 dagar till ett första besök i den specialiserade vården och därefter ytterligare 90 dagar till behandling. Till skillnad från i Sverige där regionernas intresseorganisation SKR står för data kring väntetider är det i Danmark staten via Sundhetsstyrelsen som redovisar uppgifter om såväl kvalitet som förväntade väntetider. Om den förväntade väntetiden är mer än 30 dagar har patienten rätt att välja mellan alla godkända – offentliga och privata – vårdgivare. En viktig skillnad mot det svenska systemet är att hemregionen måste hjälpa patienterna att få vård hos annan vårdgivare om vårdgarantin bedöms överskridas. Sådan vård finansieras av hemregionen.⁴⁸ Denna starkare nationella reglering på väntetidsområdet har bidragit till att Danmark har väsentligt kortare väntetider än Sverige.^{49,50}

Den nederländska försäkringslösningen⁵¹

År 2006 infördes i Nederländerna ett nytt sjukvårdssystem. Bakgrunden till förändringen var stigande vårdkostnader och för låg kostnadskontroll samt att det var nödvändigt att säkra sjukvårdens finansiering i ett längre perspektiv.

Systemet bygger på försäkringslösningar. Medborgarna måste, för ett grundutbud av vård – som är omfattande, som regel försäkra sig hos en av för närvarande elva konkurrerande försäkringsbolag, och försäkringsbolagen får inte neka någon försäkring. Genom systemet med konkurrerande försäkringsbolag är intentionen att mer konkurrens ska leda till högre effektivitet och förbättrad kostnadskontroll samt mer personcentrerad vård. Den högre effektiviteten ska bland annat uppnås genom att försäkringsgivarna har incitament till förebyggande vård och vård på lägsta effektiva vårdnivå liksom till effektiv samordning mellan vårdgivare.

De elva försäkringsbolagen konkurrerar med varandra om ett attraktivt erbjudande till medborgarna. Fyra bolag har 90 procent av marknaden. Försäkringsbolagen upphandlar vård från främst privata utförare, i primärvården vinstsyftande företag medan sjukhus endast får bedrivas som icke-vinstsyftande.

Försäkringsbolagen kan konkurrera gentemot kunderna (medborgarna) med såväl pris som kvalitet. Staten bestämmer dock ett tak för premierna och självrisker som medborgarna betalar. Så gott som alla försäkringsbolag är icke-vinstsyftande, i bemärkelsen att de inte är vinstutdelande.

⁴⁸ En privat vårdgivare måste ha avtal med minst en region/offentlig vårdgivare för att kunna anlitas.

⁴⁹ Frit og udvidet frit valg af sygehus (borger.dk)

⁵⁰ Mit Sygehusvalg (esundhed.dk)

⁵¹ Detta avsnitt bygger framför allt på Commonwealth Fund, 2020. Netherlands, Kroneman m fl (2016); Netherlands; health system review, OECD (2019); Country Health Profile, The Netherlands

Premien får inte differentieras med avseende på till exempel hälsostatus eller ålder. Däremot kan till exempel arbetstagarkollektiv genom fackföreningar få reduktion. Det är dessutom möjligt att få en lägre premie om medborgaren är beredd att minska på det antal vårdutförare denne kan välja mellan. Lägre premie kan också erhållas om medborgaren accepterar en högre självrisk. Det sker en reglerad och omfattande riskutjämning mellan försäkringsbolagen med avseende på försäkringstagarnas ålder, diagnoshistorik m m i respektive bolag.

Det obligatoriska försäkringssystemet finansieras genom en kombination av premier, självrisker vid specialistvård, arbetsgivar- och egenavgifter och skatter.⁵²

Vårdutbudet i det obligatoriska försäkringssystemet bestäms av staten. Det är omfattande och täcker primärvård, somatisk (kroppslig) specialistvård, psykiatrisk specialistvård, tandvård för personer under 18 år m m.

Utanför den obligatoriska försäkringen finns bland annat viss sjukgymnastik, tandvård för vuxna, kosmetisk kirurgi och så kallad alternativ medicin. För sådan vård finns frivilliga privata försäkringserbjudanden. Det är även möjligt att genom tilläggsförsäkringar få till exempel högre standard på sjukhusrum.

Den vård som givits inom den institutionaliserade äldreomsorgen har också legat utanför den obligatoriska försäkringen och skattefinansierats. Där har kostnadsutvecklingen varit kraftigt. Nyligen har beslutats att denna vård ska föras över till den obligatoriska försäkringen.

Ett utmärkande drag i det nederländska systemet är primärvården starka ställning. En indikation på detta är att andelen allmänläkare i relation till samtliga läkare är tre gånger så hög i Nederländerna som i Sverige (45 procent jämfört med 15 procent). Primärvården fungerar också som ”grindvakt”. Det råder remisstvang för specialistvård, patienten måste alltså först konsultera primärvården. Samtidigt har primärvården skyldighet att ha jouröppet på ”obekväma tider”. Denna ordning är bestämd av staten.

Staten har också aktivt ingripit för att motverka kostnadsökningar. Det finns en frivillig överenskommelse sedan 2011 mellan staten och samtliga försäkringsbolag och berörda vårdgivare om ett årligt tak för kostnadsökningarna inom sjukhusvården och psykiatrisk sjukvård. Om detta tak överskrids förbehåller sig staten rätten att göra generella nedskärningar i ersättningarna till försäkringsbolagen.

Andra roller för staten är bland annat kvalitetskontroll och godkännande av försäkringsbolag och sjukhus.

⁵² Taket för premien är motsvarande cirka 1 000 kr i månaden. Självrisker till specialistvård uppgår – vid denna takpremie – till cirka 4 000 kr per år. Arbetsgivar- och egenavgiften är inkomstberoende. Runt 40 procent av de försäkrade får en skattesubvention vid köp av försäkring. Härutöver betalas premien för barn och ungdomar under 18 år av staten. På så sätt kombineras premiebetalningar och självrisker med inkomstbaserade obligatoriska bidrag från arbetstagare och arbetsgivare, och systemets finansiering blir solidarisk. Till bilden hör att inga patientavgifter får finnas i primärvården. Kroneman m fl (2016); Netherlands; health system review

Det nederländska sjukvårdssystemet kommer mycket väl ut i internationella kvalitetsranking. Tillgängligheten är också god, och väsentligt bättre än den svenska. Befolkningens nöjdhet med vården är också i internationella undersökningar hög i jämförelse med andra länder, till exempel Sverige.

Vad gäller kostnaderna som andel av BNP utgör de (2019) 10 procent av BNP, enligt OECDs statistik. Sjukvården tar alltså en lägre del av de samlade resurserna i Nederländerna jämfört med i Sverige, 10 procent jämfört med 11 procent. Eftersom köpkraftsjusterad BNP per capita är cirka 10 procent högre i Nederländerna torde samtidigt den totala resursförbrukningen för sjukvården per capita för närvarande var likartad mellan länderna.

Målsättningen att uppnå mer av integrerad vård genom försäkringslösningar synes dock ha kommit på skam. Försäkringsbolagen synes i konkurrensen ha prioriterat valfrihet framför erbjudande om mer sammanhållen vård.

Det kan noteras att även om det nederländska systemet karakteriseras betydligt mer av marknadslösningar med konkurrens och valfrihet mellan utförare har staten en aktiv roll utöver att sätta ramar och övervaka systemet. Det gäller till exempel med avseende på mekanismer för kostnadskontroll och styrningen av primärvården.

Referenser

- Blix, Mårten & Jordahl, Henrik; Privatizing welfare services. 2021. Oxford University Press.
- borger.dk – Frit og udvidet frit valg af sygehus
- Commonwealth Fund (2020); Netherlands.
- DN Debatt 2020-10-16; ”Skrota vårdgarantin och inför i stället den danska modellen”.
- ESO, 2016:6 Mer än tur i struktur – en ESO-rapport om kommunal effektivitet.
- ESO, 2020:3 Morot utan piska – en ESO-rapport om stärkta incitament för kommunal effektivitet.
- esundhed.dk – Mit Sygehusvalg
- European Health Consumer Index 2018, Report.
- Fi 2015:09, Indelningskommittén.
- Finansdepartementet, Pressmeddelande ”Stora behov i kommuner och regioner” 2019-06-12.
- Heller Sahlgren, Gabriel & Sanandaji, Nima; Effekter av New public management i Sverige – vad säger forskningen. 2021. Timbro. Rapport.
- Grant Thornton; Vårdrapporten 2020.
- Kommuninvest (2020); Utjämning av kommunalskatterna. Rapport.
- Konjunkturinstitutet, Hållbarhetsrapport 2020 respektive 2021.
- Kroneman, M, Boerma, W., van den Berg, M, Groenewegen, P, de Jong, J, van Ginneken, E, 2016. Netherlands: health system review.
- The Lancet (2018); Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016.
- OECD (2019); Country Health Profile, The Netherlands.
- OECD (2021); Health at a glance, Europe 2021.
- RKA (Rådet för främjande av kommunala analyser); Effektivitet i kommuner. 2021. Rapport.
- S 2017:01 (Kommittéberättelse), Samordnad utveckling för god och nära vård. Powerpointpresentation av SOU 2018:39 m fl
- SCB. Befolkningsframskrivning. 2021-06-04.

Skolverket (2020). <https://www.skolverket.se/skolutveckling/forskning-och-utvarderingar/artiklar-om-forskning/artificiell-intelligens-i-skolan-kraver-okad-insikt-hos-lararna>

SKR. Väntetider i vården. 2021-11-01.

SKR och Socialstyrelsen (2020); Vårdkostnader 2019 för NordDRG. Rapport.

SLL (Stockholms Läns Landsting); Benchmarking av akutsjukhusens effektivitet. 2019. Rapport.

Socialstyrelsen (2020); Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Rapport.

SOU 2007:10, Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Slutbetänkande från Ansvarskommittén.

SOU 2015:101, Långtidsutredningen 2015, bilaga 7.

SOU 2017:35, Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet (Skolkommissionen).

SOU 2017:44, Entreprenad, fjärrundervisning och detaljundervisning.

SOU 2020:8, Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget (Kommunutredningen).

SOU 2020:19, God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

SOU 2020:28, En mer likvärdig skola.

SOU 2020:80, Äldreomsorgen under pandemin.

Svenskt Näringsliv (2019); Förädlingsvärdets värde – att mäta skolors och lärares effektivitet. Rapport.

Svenskt Näringsliv (2019); Kommunal effektivitet – struktur eller skicklighet? Rapport av WSB.

Svenskt Näringsliv (2020); Stärkt kvalitetsredovisning inom välfärden. Rapport.

Svenskt Näringsliv (2021); Bra skolor i hela landet – skillnader i resultat mellan stad och land i TIMSS 2019. Rapport.

Svenskt Näringsliv (2021); Mer värde för skattepengarna i kommunerna – så kan den demografiska utmaningen mötas. Rapport.

Vårdanalys (2019); Med örat mot marken – del 2. Rapport.

Vårdanalys (2021); Nära vård i sikte? Rapport.

Vårdföretagarna (2021); Hur uppskjuten vård kan arbetas bort med stöd av privata vårdgivare. Rapport.

Vårdföretagarna. Privata vårdfakta 2021.

www.svensktnaringsliv.se

Storgatan 19, 114 82 Stockholm
Telefon 08-553 430 00

Tryck: Arkitektkopia AB, Bromma, 2021