

Finansieringen av hälso- och sjukvården till 2030



En rapport av Erik Hegelund,
framtagen på uppdrag av Vänsterpartiet
i Stockholms läns landsting 2009



Vänsterpartiet
Stockholm

Denna rapport kan beställas kostnadsfritt från Vänsterpartiet i Stockholms läns landsting och laddas ned gratis från webbsidan.
E-post: ingrid.falk@politik.sll.se
Telefon: 08-737 41 16
www.vansterpartiet.se/storstockholm

Erik Hegelund är medlem i Vänsterpartiet och utbildad nationalekonom. Han kan kontaktas på erik.hegelund@vansterpartiet.se.

Finansieringen av hälso- och sjukvården till 2030

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Sammanfattning | 1 |
| 1. Finansieringen av framtiden | 3 |
| 2. Problem med att beräkna framtidens kostnader | 4 |
| Behov och efterfrågan är inte exakt samma sak | 4 |
| 3. Vårdens kostnader i Stockholms läns landsting | 7 |
| 4. Två framtida scenarier | 12 |
| 4.1 SLL Långtidsutredning | 12 |
| 4.2 Alternativt scenario | 12 |
| 5. Möjligheter till finansiering | 18 |
| 5.1 Dåliga lösningar | 19 |
| 5.2 Tankbara lösningar inom landstinget | 23 |
| 5.2.1 Produktivitet och kostnadseffektivitet | 23 |
| 5.2.2 Kostnadseffektiva ersättningssystem | 29 |
| 5.2.3 Kostnadseffektiv personalpolitik | 33 |
| 5.2.4 Höjd landstingskatt..... | 35 |
| 5.3 Tankbart utanför landstinget | 38 |
| 5.3.1 Högre sysselsättning | 39 |
| 5.3.2 Politisk prioritering | 41 |
| 5.3.3 Kostnadseffektiv sjukvård nationellt..... | 42 |
| 6. Framtiden i siffror | 44 |
| 7. Politiska rekommendationer | 47 |
| 8. Välfärdsstatens framtid | 50 |
| Bilaga I: Vårdens kostnader 1998-2008 | 52 |
| Bilaga II: Ekonomiska ersättningssystem | 56 |
| Lästips | 58 |
| Källförteckning | 59 |

Sammanfattning

Flera långtidsutredningar och framtidsstudier har de senaste åren kommit fram till att om inget görs kommer vi snart inte att kunna finansiera välfärden och sjukvården som idag, främst genom skatter. Som alternativ föreslås då höjda patientavgifter, privata försäkringar och skattesparkonton. Dessa förslag löser inte vårdens problem. Erfarenheter från andra länder där dessa saker har prövats visar att följderna blir ökad ojämlikhet samtidigt som vårdens kostnadseffektivitet ofta försämras.

I denna rapport diskuteras hur sjukvården också i framtiden ska kunna finansieras som idag, huvudsakligen genom skatter. Sjukvårdens ekonomiska ersättningssystem måste då utformas så att vårdens resurser främst fördelas efter behov och att kostnadseffektiva beteenden uppmuntras bland vårdproducenter och patienter.

Oavsett ersättningssystem kommer kostnaderna för vården att öka på grund av att fler blir äldre och att kraven på vården stiger. Men med rätt form av ersättningssystem kommer landstingsskatten i Stockholms län i sämsta fall att behöva höjas marginellt under en kortare period när andelen äldre är som störst. Enligt beräkningarna kommer detta troligen att inträffa under 2030- eller 2040-talet.

Ökad produktivitet och effektivitet

Senaste decennierna har svensk sjukvård utvecklats mycket. Ett vanligt förslag för att ytterligare höja vårdens kvalitet och effektivitet är ökat inslag av privatiseringar och konkurrens. På många andra marknader leder konkurrens till ökad effektivitet. Detta är dock ytterst tveksamt inom sjukvården som inte fungerar som andra varor och tjänster. Inom vården kan avregleringar istället leda till att vårdens kostnadseffektivitet försämras.

Ett tecken på problemen med konkurrens inom vården är att vinsterna bland privata sjukvårdsföretag är mycket högre än i övriga näringslivet.

Dessutom betraktas svensk vård ofta i internationella jämförelser som både billig och av hög kvalitet. Detta trots att andelen privat vård i Sverige är relativt liten. Ett alternativt sätt att öka effektiviteten inom hälso- och sjukvården är att använda de ekonomiska ersättningssystemens rörliga delar.

Lärdomar för vänstern

Senaste åren har vänstern diskuterat olika former av privatiseringar. Det gäller dock att hålla isär vilka effekter som uppstår på grund av ägandeform och huvudmannaskap samt vad som istället beror på ersättningssystem och andra faktorer. Felaktigt utformade ersättningssystem kan leda både till orättvis fördelning och försämrade arbetsmiljö, oavsett om vården produceras offentligt eller privat.

Det finns inget rakt samband mellan mängden pengar ett samhälle spenderar på sjukvård och befolkningens hälsa och tillfredsställelse med vården. Det är därför inget självändamål att de offentliga utgifterna för sjukvård ökar. Det viktigaste är hur skattemedlen används och fördelas inom den offentliga sektorn. Hur vården och dess ekonomiska strukturer utformas borde således diskuteras mycket mer ingående, både inom vänstern som högern.

1. Finansieringen av framtiden

Andelen äldre ökar i Sverige. Detta skapar utmaningar för framtidens välfärd och sjukvård. Den senaste statliga långtidsutredningen (2008) och Stockholms läns landstings långtidsutredning för sjukvården (2009) är här överens om att välfärdens och sjukvårdens nuvarande finansiering inte kommer att hålla på lång sikt. Istället kommer det att krävas höjda avgifter och privata försäkringar. Vi som anser att välfärden bör finansieras via skatter måste kunna visa att vår modell är ekonomiskt trovärdig och realistisk.

Denna rapport är framtagen i samarbete med politiker och tjänstemän vid Stockholms läns landsting (hädanefter SLL). De synpunkter och synsätt som presenteras är dock författarens egna och delas inte nödvändigtvis av Vänsterpartiet vare sig nationellt eller lokalt. Texten riktar sig såväl till förtroendevalda i landsting som till privatpersoner. Ekonomi är en på tok för viktig fråga för att överlåtas till ekonomer.

2. Problem med att beräkna framtidens kostnader

En vanlig metod i framtidsstudier när man vill beräkna hur kostnader kommer att utvecklas är att jämföra den historiska utvecklingen och utgå ifrån att framtiden kommer att fortsätta i någorlunda samma riktning eller åtminstone utgå ifrån samma premisser. När det gäller vårdens kostnader är denna metod ytterst problematisk.

Behov och efterfrågan är inte exakt samma sak

Hälsan är ojämnt fördelad bland Sveriges befolkning och hänger tydligt ihop med ålder, social situation och kön. I studier syns tydliga skillnader i hälsa mellan Stockholms län rikare och fattigare bostadsområden.¹ Kvinnor i Danderyd lever i genomsnitt 6 år längre än de i Sundbyberg.²

Sociala faktorer och kön påverkar även tillgången till vård. Begreppet ”åtgärdbar dödlighet” syftar på dödsfall till följd av åkommor som hälso- och sjukvården har bot på. Begreppet är tänkt att mäta hur väl fördelad vården är. I Sverige dör människor med lägre utbildning ungefär tre gånger så ofta av åtgärdbara orsaker som högt utbildade. Denna ojämlikhet existerar för både barn och vuxna, i såväl riket som Stockholms län.³

1 Regionplanekontoret SLL; Dahlgren (2008) Reforms in Swedish primary health care; Järleborg m.fl. (2006) Hälsa, livsvillkor och levnadsvanor inom 43 områden i Stockholms län. Stockholms läns Folkhälsoenkät 2006; Burström m.fl. (2007) Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län; Ågren (2009) Vem vinner på vårdval?; Socialstyrelsens (2009) Hälso- och sjukvårdsrapport 2009

2 Hogstedt m.fl. (2006) Hälsan på spåret

3 Socialstyrelsen (2009) Hälso- och sjukvårdsrapport 2009; Barnhälsovården i Stock-

Även människors kontakt med vården beror på annat än enbart sjukdom. Olika människor verkar uppleva olika behov av att gå till doktorn vid samma sjukdomssymptom. Kvinnor, högutbildade, höginkomsttagare samt födda i Sverige har större sannolikhet att komma iväg till doktorn. 2005 var det tre gånger så vanligt att invånarna i Stockholms innerstad gick till privata specialistläkare jämfört med boende i förorterna. Det är vanligare att människor avstår från att gå till doktorn av ekonomiska skäl i fattigare stadsdelar än i rika. Dessa olikheter bidrar i sin tur till skillnader i så kallad undvikbar slutenvård, det vill säga vårdtillfällen som borde kunnat undvikas om patienten fått hjälp tidigare. Skillnaderna syns i samtliga landsting och SLL ligger på medelnivå. När människor väl fått kontakt med sjukvården löper lågutbildade högre risk att få sämre läkemedelsbehandling, äldre läkemedel samt läkemedelsrelaterade problem.⁴

Förutom moraliska finns det även ekonomiska skäl att motarbeta ojämlikheter som dessa. Vid sidan av förlorad arbetsinsats kan insatser inom billigare vårdformer minska behovet av dyrare vård senare. Exempelvis behandling på vårdcentral istället för på akutsjukhus.

Att säga att behov och efterfrågan inte är exakt samma sak betyder inte att människor söker sig till vården för skojs skull. Människor går till doktorn för att de känner sig krassliga, vilket även studier visar.⁵ Det är dock viktigt att komma ihåg dessa skillnader när man diskuterar vårdens resursanvändning och ekonomi.

Olika ersättningssystem premierar olika beteenden bland vårdgivare och patienter och kan bidra till en mer eller mindre kostnadseffektiv användning av skattemedlen. Det råder därför inget självklart samband på övergripande nivå mellan hur mycket pengar ett samhälle spenderar på vård samt hur bra dess befolkning mår. Ett vanligt exempel är USA som spenderar avsevärt

holms läns landsting (2009) Årsrapport 2008

- 4 Socialstyrelsen (2009) Hälso- och sjukvårdsrapport 2009; Chen och Burström (2005) Betydelsen av reseavstånd och socioekonomiska faktorer för besök hos privata specialistläkare; Ågren (2009) Vem vinner på vårdval?; van Doorslaer m.fl. (2006) Inequalities in access to medical care...
- 5 Socialstyrelsen (2009) Hälso- och sjukvårdsrapport 2009

mer pengar på hälso- och sjukvård än EU-länderna, men trots detta har en relativt låg hälsonivå, hög spädbarnsdödlighet med mera.⁶

6 Socialstyrelsen (2009) Hälso- och sjukvårdsrapport 2009; Ferraz-Nunes m.fl. (2007) Hälsoekonomi; Jmf. även Sveriges kommuner och landsting (2008) Svensk sjukvård i internationell jämförelse

3. Vårdens kostnader i Stockholms läns landsting

Sjukvården delas ofta upp i sex områden. Det största är den så kallade somatiska specialistvården, vilken utgör 45 % av vårdens kostnader inom SLL. Detta är huvudsakligen vården vid de stora akutsjukhusen. Därefter kommer primärvården, även kallad närvård, 17 %, vilken främst består av vårdcentraler. Landstingets utgifter för psykiatrisk vård och läkemedel motsvarar ca 10 % vardera; geriatrik (vård av äldre) 5 % och tandvården 2 %. Därutöver finns en kategori för övrigt som motsvarar 8-10 %.⁷



Källa: Hälso- och sjukvårdsnämnden

De ovan påpekade problemen med att använda historiska kostnader för att bedöma vårdens framtid syns även på SLL:s utveckling de senaste tio åren. Under de tre senaste mandatperioderna har ersättnings- och finansierings-

⁷ Hälso- och sjukvårdsnämnden SLL: Årsredovisning 1998-2008. Andelarna motsvarar även på ett ungefär läget i övriga landsting (Källa: Sveriges kommuner och landsting)

systemen för sjukvården i länet gjorts om beroende på politisk majoritet. Kostnadsutvecklingen har varierat därefter. Under den borgerliga majoriteten 1998-2002 inrättades en samling ersättningssystem som medförde att kostnaderna per invånare växte med i snitt 3 % per år mätt i fasta löner och priser. Fasta löner och priser betyder i detta sammanhang hur mycket kostnaderna för vården ökar, utöver den ökning som uppstår på grund av att lönerna och priserna inom vården stiger.

Landstingets kostnadsutveckling under denna period berodde på flera faktorer men ersättningssystemen gjorde definitivt att vården blev dyrare. Landstingets egna utvärderingar konstaterar att ersättningssystemen varken gav incitament till att uppnå verksamhetsmål, ökad effektivitet eller att hålla budget.⁸ Hela denna utveckling ledde i sin tur till att landstingsledningen, för första gången sedan SLL bildades, inte beviljades ansvarsfrihet för sina räkenskaper.⁹

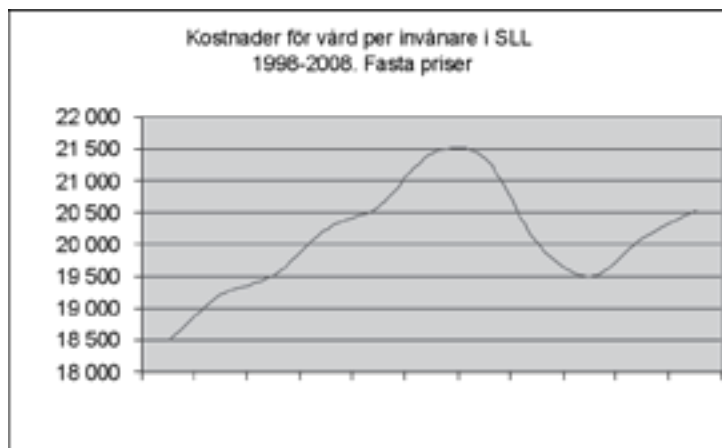
Under den rödgröna majoriteten 2002-2006 inrättades nya ersättningssystem. Detta medförde att kostnaderna för vården per person minskade med 1,3 % per år 2003-2006.¹⁰ Under hela tidsperioden 1998-2006 ökade antalet läkarbesök. Fler upplevde att tillgängligheten ökade samt att den vård de fick blev bättre, både under åren när totalkostnaderna ökade och när de minskade.¹¹ Se bilaga I för fler diagram.

8 Landstingsrevisorerna: projektrapporterna 18/2002, 23/2002, 26/2005

9 Öhrming (2008) Hälso- och sjukvårdens fragmentering

10 SCB Regionplanekontoret SLL; Hälso- och sjukvårdsnämnden SLL; Löner och priser justerade med Sveriges kommuner och landstings landstingsprisindex

11 SCB Regionplanekontoret SLL; Hälso- och sjukvårdsnämnden SLL; SLL LU Delrapport 1

Figur 1: Kostnader för sjukvården i SLL 1998-2008

Källa: Hälso- och sjukvårdsnämnden och -utskottets årsredovisningar 1998-2008; SCB RK; SKL Landstingsprisindex

Efter valet 2006

Befolkningens positiva upplevelse av vården i länet har fortsatt även under 2007 och 2008 med borgerlig majoritet i landstinget.¹² Sedan valet 2006 har ersättningssystemen återigen gjorts om. 1 januari 2008 infördes Vårdval Stockholm. Detta innebar bland annat att den rörliga andelen av ersättningen inom primärvården ökade. Detta ersättningssystem premierar hög produktion i form av fysiska besök till läkare. Även om det är för tidigt att dra några säkra slutsatser kring de långsiktiga följderna ser kostnaderna för vården nu ut att återigen börja stiga: 2,2 % ökning totalt per invånare från 2007 till 2008.¹³

Stigande kostnader för hälso- och sjukvård är inte nödvändigtvis någonting negativt. Det är däremot ytterst tveksamt om de stigande utgifterna nu används på ett kostnadseffektivt sätt. Å ena sidan har besöken till läkare

12 Sveriges kommuner och landsting (2009) Vårdbarometern

13 Hälso- och sjukvårdsnämnden SLL. Löner och priser justerade med Sveriges kommuner och landstings landstingsprisindex.

ökat under 2008. Å andra sidan går Stockholmarna till doktorn mer än invånarna i andra landsting. Trots detta är vi varken friskare eller mer nöjda med vården än resten av landet.¹⁴

I och med Vårdval Stockholm infördes även fri etableringsrätt varför det nu står vem som vill fritt att öppna vårdcentral och samtidigt vara garanterad skattemedel. Ersättningsystemen har även gjorts om så att det nu endast tar hänsyn till patienternas ålder, inte till socioekonomiska faktorer. Detta har resulterat i att antalet läkare och vårdgivare ökat avsevärt mer i länets rikare och välmående delar jämfört med övriga.¹⁵

Sammantaget har detta medfört att mer av vårdens resurser läggs på invånare som har relativt mindre behov av dessa. Inom landstinget görs kartläggningar av behovet av vård utifrån hälsoläge i länets olika delar samt jämförelse mot vilken mängd hälso- och sjukvård som konsumeras i olika områden. Fram till 2007 konsumerades vården i länet i allt större utsträckning där behoven fanns. 2008 har denna positiva utveckling brutits. Vårdkonsumtionen i länet har alltså blivit mer ojämlig.¹⁶ Det har även kommit uppgifter om att den ökade arbetsbelastning detta medfört i socioekonomiskt svaga områden går ut över utbildning och kunskapsöverföring bland personalen, vilket på sikt riskerar leda till sämre vård.¹⁷

Det är svårt att göra jämförelser över tid och av olika ekonomiska strukturer. Kostnadsutvecklingen bestäms av en rad faktorer. Tidsperioden 2003-2007 präglades även av ökad sysselsättning och allmänt stigande folkhälsa vilket också kan ha påverkat invånarnas intryck av hälso- och sjukvården. Utvecklingen stämmer dock överens med en central slutsats inom hälsoeko-

14 Sveriges kommuner och landsting (2009) Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2008; Stockholms läns sjukvårdsområde (2009) Förvaltningsberättelse 2008; Sveriges kommuner och landsting (2009) Vårdbarometern Årsrapport för år 2008

15 Hälso- och sjukvårdsnämnden SLL (2008) Vårdval Stockholm 2008

16 Hälso- och sjukvårdsnämnden SLL (2009) Årsredovisning 2008 s. 64; Karolinska Institutets folkhälsoakademi (2009) Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008; Rehnberg m.fl. (2008) Lägesrapport – Vårdval Stockholm

17 Ernst & Young (2008) Patientmixens betydelse för effektiviteten hos husläkarmottagningar

nomisk forskning: det finns inget klart samband mellan mängden pengar ett samhälle spenderar på hälso- och sjukvård och dess invånares hälsa eller tillfredsställelse med vården. Det viktiga är istället hur vårdens resurser fördelas och används.¹⁸

Kostnadsutvecklingen 1998-2008 illustrerar även en annan vanlig slutsats inom hälsoekonomisk forskning: kraftiga avregleringar och skattefinansiering i kombination ökar ofta kostnaderna, utan att för den skull höja vårdens kvalitet eller befolkningens hälsa i någon större utsträckning.¹⁹ Utvecklingen kan även jämföras med Stockholmsområdet i början av 1990-talet. Då infördes också fri etableringsrätt och rörliga ersättningar. Privatläkarna samlades i rika stadsdelar samtidigt som vårdens totalkostnader ökade.²⁰ Liknande resultat har även märkts vid liknande omstruktureringar i andra länder, såsom efter den norska allmänläkarreformen 2001.²¹

- 18 För en internationell jämförelse kring kostnader och tillfredsställelse över tid se Arvidsson och Jönsson (1997) Politik och marknad i framtidens sjukvård; För en utförlig diskussion om sambanden kring jämlikhet och andra samhällsfenomen, såsom livslängd, hälsa med mera se Wilkinson och Pickett (2009) *The Spirit Level*
- 19 Thomson och Dixon (2006) *Choices in health care: the European experience*; Burström (2008) *Vårdval – evidens och effekter för vård på lika villkor?*; Jmf även Jacobsson (2007) *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård*; Calltorp (2008) *Ersättningssystem inom hälso- och sjukvården*
- 20 Dahlgren (1994) *Framtidens sjukvårdsmarknader*; Arvidsson och Jönsson (1997) *Politik och marknad i framtidens sjukvård*; Blomqvist (2005) *Privatisering av sjukvård: politisk lösning eller komplikation?*; Knutsson och Wahlquist (2009) *Vårdval Sverige*
- 21 Jonsson m.fl. (2006) *Hälso- och sjukvårdens strukturreformer*

4. Två framtida scenarier

4.1 SLL Långtidsutredning

SLL:s egen långtidsutredning från 2009 (hädanefter SLL LU) räknar med att landstingets kostnader för sjukvård kommer att öka med i snitt 6 % per år fram till 2025. Denna kostnadsutveckling beror bland annat på de ersättningsystem och ekonomiska strukturer som införts sedan valet 2006, däribland Vårdval Stockholm. I SLL LU förväntas dessa ligga fast även i framtiden. De ekonomiska strukturerna kan dock utformas mer kostnadseffektivt och bör göras om.

Ofta framhåller framtidsstudier och långtidsutredningar att framtidens efterfrågan inte går att hejda. Det är sant. Det vore ett stort misstag att försöka hindra människor från att få tillgång till den hälso- och sjukvård de efterfrågar. Däremot kan vissa beteenden uppmuntras mer än andra. Ofta kan människor få sina behov av vård tillgodosedda på flera olika sätt. Det borde gå att utforma ersättningsystem som dämpar kostnadsutvecklingen utan att för den skull begränsa människors behov av tillgänglighet, trygghet och valfrihet. Samtidigt är behoven av sjukvård så gott som oändliga. De resurser som finns måste därför fördelas så jämnt och effektivt som möjligt.

4.2 Alternativt scenario

Hur mycket skulle då kostnaderna för sjukvården öka om ersättningsystemen gjordes om? Nedan presenteras en framskrivning av kostnaderna med hänsyn till demografi och ökad efterfrågan samt en övergripande diskussion om hur ersättningsystemen bör utformas.

Andelen äldre ökar

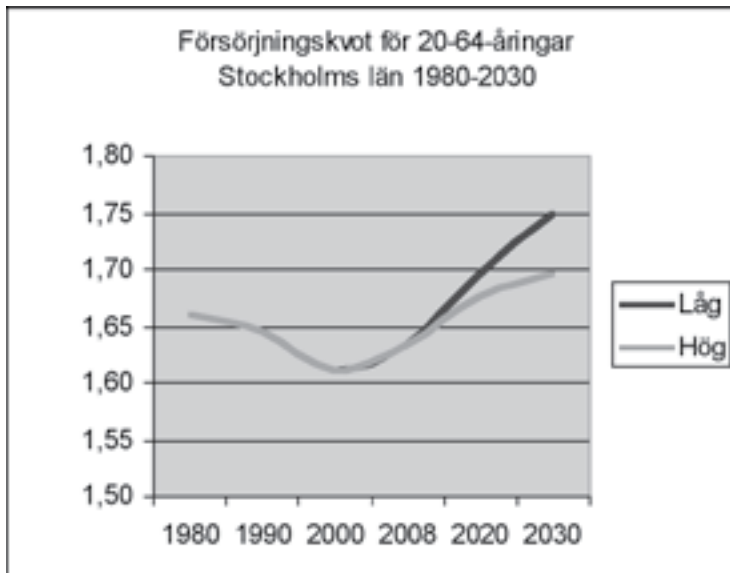
Människors behov av vård beror till stor del på ålder. Fram till 2020 ökar framförallt åldersgruppen 65-79 år. Efter 2030 förväntas även andelen 80 år och uppåt öka. Denna utveckling kommer med stor sannolikhet att leda till stigande kostnader för hälso- och sjukvården.

Samtidigt finns det ingen anledning att överdriva åldersproblemet. Det är i dessa sammanhang vanligt att tala om den så kallade försörjningskvoten. Försörjningskvoten mäter antal personer totalt i befolkningen delat på antal personer i arbetsför ålder, 20-64 år. Under 1960-2000 gick det ca 1,7 till 1,75 person per 20-64-åring i hela landet. Fram till 2030 kommer denna siffra att öka till 1,85.²² Detta är visserligen en utmaning men kan inte beskrivas som ett oöverstigligt problem i och med att vi lever längre och har allt bättre hälsa.

För Stockholms län är situationen gynnsammare. Här beräknas försörjningskvoten öka från dagens 1,65 till i värsta fall 1,75 år 2030, beroende på hur framtidens flyttningsmönster utvecklas (se figur 2 nedan).²³ Även detta är en utmaning men kan knappast beskrivas som omöjligt att lösa. Nationellt förväntas andelen äldre än 65 år nå en kulmen runt 2040 men är nära sin topp redan 2030, vilket gör det till ett intressant årtal. Framskrivningen i denna rapport är vald utifrån tillgängliga data.

22 Statistiska centralbyrån

23 Regionplanekontoret SLL och SCB (2008) Huvudrapport: Befolkningsprognos 2008-2017; Regionplanekontoret SLL (2007) Stockolms Mälardregionen. Framskrivningar för grundantaganden

Figur 2: Försörjningskvot Stockholms län 1980-2030

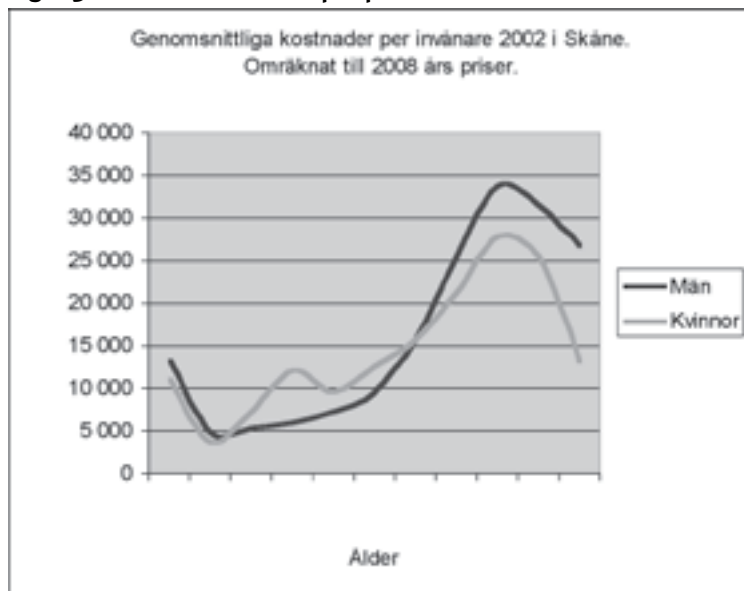
Linjerna efter 2008 bygger på olika antaganden. "Utveckling hög" (den nedre linjen) avser att befolkningen växer mer, främst genom ökad inflyttning av yngre och medelålders. Då ökar möjligheterna att finansiera välfärden genom lägre försörjningsbörda. "Utveckling låg" speglar en lägre befolkningstillväxt, varför försörjningsbördan ökar.

Källa: SCB, Regionplanekontoret i SLL

Den största delen av världens resurser konsumeras av en minoritet. En fjärdedel av befolkningen står för ca 90 % av världens kostnader. Fyra procent mycket sjuka står för ca 50 %.²⁴ Tidigare forskning har funnit att världens genomsnittliga kostnader per person i olika åldersgrupper är fördelade enligt figur 3 nedan. Figur 3 bygger på studier gjorda i Skåne men annan forskning tyder på liknande resultat. En övergripande jämförelse indikerar att kostnaderna kan ha en liknande fördelning över ålder även i Stockholms län. Vid beräkningar har flera kostnadsfördelningar jämförts. I framskrivningen antogs den fördelning som medförde högst kostnader i framtiden:²⁵

24 Lithman m.fl. (2000) Vårdtunga grupper; Anell (2009) Hälsoekonomi

25 Ibid.; Landstingsförbundet och Kommunförbundet (2004) Utvecklingen i svensk hälso-

Figur 3: Vårdens kostnader per person

Källa: Landstingsförbundet m.fl. (2004); SKL Landstingsprisindex

Det finns flera tecken på att framtidens äldre kommer att vara piggare än dagens. Samtidigt tyder andra tecken på att vårdkostnaderna för de äldsta grupperna kan komma att öka. I denna rapportens alternativscenari antas att vårdbehovet kommer att vara oförändrat fram till 2030 och fördelat över ålder på samma sätt som idag. Med oförändrad standard kommer då vårdens kostnader att öka med i snitt 1,2 % per år fram till 2030.²⁶

Vi efterfrågar allt mer

Demografin är dock inte den huvudsakliga utmaningen.²⁷ Vid internationella

och sjukvård; Socialstyrelsen (2006) Äldres vård och omsorg i Skåne ur ett kostnadsperspektiv; Jmf även SLL LU Delrapport 1 sid. 13; Sveriges kommuner och landsting (2005) Hälso- och sjukvården till 2030

26 Regionplanekontoret SLL (2007) Stockholm Mälardregionen

27 Vilket även SLL LU, de tre senaste statliga LU och Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2005) konstaterar.

jämförelser syns inget tydligt samband mellan andelen äldre i befolkningen samt hur mycket pengar ett land spenderar på vård.²⁸ De senaste decennierna har människor både i Sverige och många andra länder efterfrågat och krävt allt mer hälso- och sjukvård. Detta hänger troligen ihop med att nya behandlingsmetoder och mediciner uppfinns samt en allmänt ökad efterfrågan på tjänster istället för varor, i och med att inkomsterna stiger. Oförändrad standard är därför inte trovärdigt.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) uppskattar att sjukvårdens kostnader i hela Sverige steg med i snitt nästan 2 % per år 1980-2005. Av detta kan hälften, alltså 1 %, förklaras av demografiska förändringar. Resten av ökningen anses istället bero på ökad efterfrågan. Ökningstakten har varierat över tid. Under 1980-talet var ökningen utöver demografi ca 1,9 % per år medan den under 1990-talet var i stort sett obefintlig.²⁹ 1990-talets låga tillväxt av välfärdstjänster brukar i dessa sammanhang betraktas som ett undantag. I framtiden kommer efterfrågan med stor sannolikhet fortsätta att växa liksom den gjorde tidigare.

Inkomstelasticitet

Hur mycket vård människor kommer att efterfråga i framtiden brukar förutom demografi jämföras mot hur inkomsterna utvecklas. För att mäta efterfrågan beroende på inkomstutveckling är det vanligt att kontrollera för så kallad inkomstelasticitet, dvs. hur mycket efterfrågan på en vara påverkas av att lönerna stiger. Om en person får 10 % mer i inkomst och då lägger 10 % mer pengar på en vara är inkomstelasticiteten 1 (10 % delat på 10 %). Det finns relativt få studier kring detta samband för sjukvården och de som finns är mestadels gjorda på andra länder med andra sjukvårdssystem, vilket gör alla jämförelser vanskliga.

Många är överens om att inkomstelasticiteten för sjukvård är över 1, alltså att med stigande inkomster vill människor spendera ännu mer på vård. Detta skulle även kunna formuleras som att människor vid stigande inkom-

28 Batljan i Andersson m.fl. (2008) Vem betalar för välfärden 2020.

29 Sveriges kommuner och landsting (2008) Välfärdsmysteriet?

ster kräver ökade offentliga satsningar via skattefinansiering. Med hänsyn till inkomstutvecklingen kan man anta att sjukvården i hela Sverige fram till 2030 kommer att behöva ca 1 % mer resurser per år utöver vad demografin kräver.³⁰

Befolkningen i Stockholms län har längre utbildning, högre lön och närmare till vården än befolkningen i många andra delar av landet, vilket driver upp efterfrågan. Samtidigt är vården inom SLL redan idag mycket kostsam jämfört med andra landsting. En del av denna skillnad skulle kunna tänkas bero på Stockholmarnas höga krav. Höjda krav behöver dock inte nödvändigtvis kräva mer pengar. Som visades ovan fanns det utrymme för effektivare användning av vårdens resurser under perioden 2003-2007. Kostnaderna per invånare sjönk då trots att både verksamhet och tillgänglighet ökade. Inom SLL borde det räcka med 0,9 % per år utöver demografi. 2030 kommer i så fall vården i Stockholm fortfarande vara omotiverat dyr men något närmare rikets nivå, allt annat lika.³¹

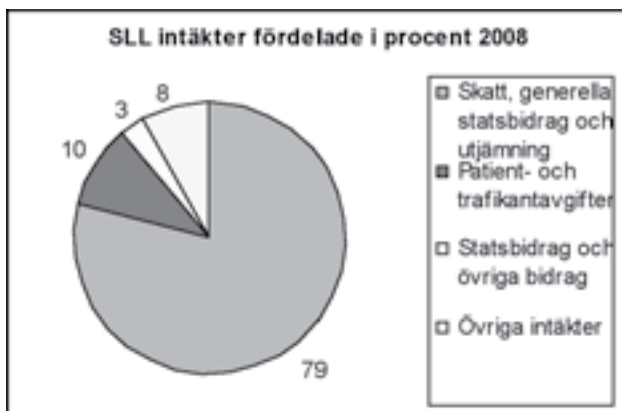
Hur mycket efterfrågan växer beror även på vilken sorts beteenden som premieras bland vårdproducenter och patienter. Om de nuvarande ersättningsystemen ligger kvar kan mycket väl efterfrågan öka ännu mer. Det är också vad SLL LU räknar med.

30 SCB; SLL LU; Sveriges kommuner och landsting; Roberts (1999) Sensitivity of elasticity estimates...; Wimo och Jönsson (2001) Kan kostnaderna för äldres framtida...; Sachs (2001) Macroeconomics and Health; Gerdtham (1991) Essays on International Comparisons of Health Care Expenditure

31 Sveriges kommuner och landsting (2008) Öppna jämförelser

5. Möjligheter till finansiering

Landstingets intäkter består främst av landstingskatt och generella statsbidrag (79 %). Därefter tillkommer trafikantavgifter och till mindre del patientavgifter (tillsammans 10 %) samt mindre summor i form av statsbidrag, övriga bidrag och intäkter (11 % tillsammans).



Källa: SLL Årsredovisning 2008

Senaste åren har SLL:s kostnader till ungefär 70 % bestått av utgifter för hälso- och sjukvården. Resten består främst av utgifter för kollektivtrafiken. Någon prioritering av hälso- och sjukvården på bekostnad av kollektivtrafiken är knappast trovärdig eller önskvärd med tanke på framtida behov av klimatanpassning och växande befolkning.

5.1 Dåliga lösningar

Som alternativ till vårdens skattefinansiering föreslås ofta höjda patientavgifter, privata försäkringar eller skattesparkonton. Dessa förslag har ett

flertal brister, vilka främst hänger ihop med den snedfördelning de kommer att medföra. Offentlig sektor betraktas i dessa sammanhang ofta som en belastning för samhällsekonomin istället för en förutsättning för produktivitet i privat sektor. Rätt utformad och använd bidrar hälso- och sjukvården till såväl ökad livskvalitet som ekonomisk tillväxt.³²

Höjda patientavgifter

Höjda patientavgifter framförs både som ett sätt att öka sjukvårdens intäkter och som en metod att begränsa människors efterfrågan på vård. Idag utgör patientavgifterna ca 1-3 % av sjukvårdens intäkter nationellt och i Stockholms län. Om dessa avgifter ska kunna bidra med någon betydande andel av intäkterna måste dessa höjas så mycket att tillgången till vård kommer bli avsevärt mer ojämlig.

Höjda patientavgifter måste även betraktas som ett ytterst trubbigt instrument för att minska efterfrågan. Bättre bemedlade har generellt bättre hälsa men även större sannolikhet att kontakta vården. Framtidens pensionärer beräknas ha lägre inkomster än dagens och antalet direkt fattiga äldre förväntas öka enligt den senaste statliga långtidsutredningen (2008).³³ Höjda avgifter kommer därför främst att motverka efterfrågan bland dem som egentligen skulle behöva mer vård. Liknande resultat har även visat sig i studier kring faktiska effekter av höjda avgifter i bland annat USA. När avgifterna höjdes minskade framförallt vårdkonsumtionen bland de med lägre inkomster, arbetslösa, hemlösa samt barn. Efterfrågan på vård dämpades både för sjuktillstånd som kunde betraktas som relativt ringa men även mer allvarliga. Det var alltså inte enbart patienter med lättare åkommor som lät bli att gå till doktorn.³⁴ Liknande slutsatser kan även dras av tandvården, där patientavgifterna generellt är högre och fler människor säger sig avstå

32 Jönsson m.fl. (2004) Hälsa, vård och tillväxt; Bloom m.fl. (2003) "The Effect of Health on Economic Growth"; Malmberg i Brorström m.fl. (2006) Mått på välfärdens tjänster

33 SOU 2008:105 (Statliga LU 2008)

34 Resultaten från "Rand Health Insurance Experiment", redogjort för i Sveriges kommuner och landsting (2005) Kommer vi ha råd med sjukvården?

vård på grund av ekonomiska skäl jämfört med övriga vårdområden.³⁵ För att vården ska nå de som behöver den mest kommer avgifterna snarare att behöva sänkas i framtiden.

Privata försäkringar

Ett annat förslag är att öka inslaget av privata försäkringar. Även detta motiveras som en metod att dels tillföra mer resurser och dels dämpa efterfrågan. En fri försäkringsmarknad skulle medföra att den minoritet som har störst behov av vården skulle få betala avsevärt mycket dyrare försäkringar. Det finns dock flera förslag på olika modeller kring avgifter och försäkringar. Några av dessa tar hänsyn till just fördelningseffekterna genom till exempel statliga regleringar av försäkringsmarknaden. Problemet med detta är att de stora fördelarna med försäkringar då uteblir eftersom marknadsmekanismerna sätts ur spel. En annan variant är att öka kostnaderna för vård för den som självmant utsätter sig för risker, såsom extremidrottare. Frågan blir då var gränsen ska dras. Den som sysslar med ishockey eller hästsport riskerar visserligen att drabbas av en dyr skada, men håller sig å andra sidan i sådan kondition att det kan spara på vårdens utgifter på andra områden. Risker blir nog stor att samhället i så fall kommer att tvinga människor att leva onödigt tråkiga liv.³⁶

Ökat inslag av privata försäkringar är även tveksamt utifrån effektivitetssynpunkt. Om vi antar att samtliga medborgare själva skulle teckna en sjukvårdsförsäkring kommer följderna bli att många överförsäkras sig för att skydda sig mot värsta tänkbara scenariot. Alltså får vi då ett omotiverat högt sparande i ekonomin i sin helhet, vilket är negativt för sysselsättningen och tillväxten. Ett exempel på detta är USA där tre fjärdedelar av befolkningen omfattas av privata vårdförsäkringar samtidigt som dessa försäkringar

35 Socialstyrelsen (2006) Befolkningens tandhälsa; Socialstyrelsen (2009) Hälsa- och sjukvårdsrapport 2009; Sveriges kommuner och landsting (2008) Vårdbarmetern. Årsrapport för år 2008

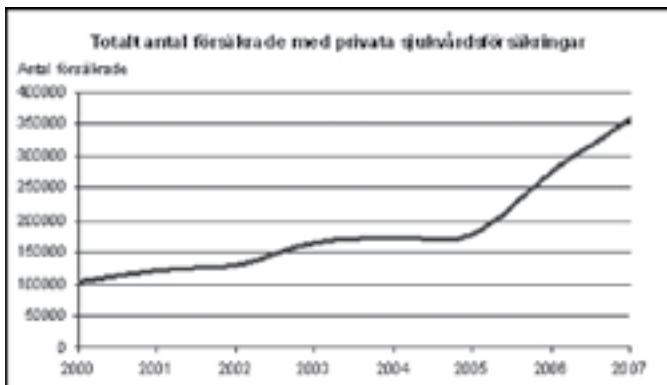
36 Furberg (2007) Ansvar för sin hälsa?

endast finansierar 35 % av vårdens totala kostnader.³⁷ I praktiken kommer samtidigt stora grupper inte att teckna någon försäkring alls, bland annat på grund av att de inte har råd. Inom OECD-länderna syns tydliga samband mellan inkomst och sannolikheten att någon har en privat vårdförsäkring.³⁸

Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige idag

Privata försäkringar riskerar även att underminera stödet för en bred offentlig välfärd. Om människor allt mer tvingas ta eget ansvar själva för sin säkerhet och försörjning kommer de troligen inte heller se någon poäng med att betala skatter som endast andra får del av.³⁹

Figur 4: Antal privata sjukvårdsförsäkringar



Källa: Försäkringsförbundet

Ibland framställs förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar som ett tecken på att svensk vård är undermålig eller som ett utbrett missnöje bland be-

- 37 Anell (2009) Hälsoekonomi, sid. 42; jmf. även Colombo och Tapay (2004) Private health insurance in OECD Countries
- 38 Colombo och Tapay (2004) Private health insurance in OECD Countries, sid. 18f
- 39 Korpi och Palme (1999) Robin Hood, Matteus eller strikt likhet?; Svallfors (1996) Välfärdsstatens moraliska ekonomi; Svallfors (2004) Klassamhällets kollektiva medvetande

folkningen. Privata sjukvårdsförsäkringar (som ger rätt till vård, till skillnad från sjukförsäkringar som ger rätt till förlorad inkomst) har ökat från att omfatta 2000 personer i början av 1980-talet till 100 000 år 2000 och 350 000 år 2007. För 2007 motsvarar detta ca 4 % av totalbefolkningen. 80 % av dessa försäkringar betalas av arbetsgivare. Om man utgår ifrån att samtliga av dessa 80 % är 20-64 år motsvarar detta 6,5 % av de sysselsatta 2007. Det saknas detaljerad statistik men troligen står de privata sjukvårdsförsäkringarna endast för några promille av vårdens samlade finansiering. Antalet sjukvårdsförsäkrade ökade framförallt efter 2004 då arbetsgivarnas ansvar för sjuklön utökades. 2007 omfattades ca 0,5 % av Sveriges befolkning av en privat sjukvårdsförsäkring som betalades individuellt och inte av arbetsgivaren.⁴⁰

Det finns flera tecken på att människor redan idag skulle vilja se ökade satsningar på hälso- och sjukvård. Det är tveksamt om privata sjukvårdsförsäkringar är ett sådant tecken ännu men utvecklingen bör följas noggrant. Även en utveckling där människors tillgång till välfärden kopplas till anställning, kan på sikt leda till minskad rörlighet på arbetsmarknaden, att förtroendet för välfärdsstaten undergrävs och att ojämlikheten ökar.⁴¹

Skattesparkonton

Skattesparkonton innebär att alla medborgare får ett konto dit de betalar en obligatorisk andel av sin inkomst. Ofta kombineras detta förslag med ökat inslag av privata försäkringar. Pengarna på kontot kan sedan användas för att betala för vård. Kostnaderna för den vård en person behöver under sin livstid sprids ut under livet. Som unga och gamla kan vi då använda de pengar vi arbetar ihop under vår tid som yrkesverksamma, då vi i regel behöver mindre vård. Tanken är att detta ska dämpa efterfrågan genom att göra människor mer kostnadsmedvetna och sparsamma med vårdens resurser. Personer med små behov av vård kommer fylla sina konton medan andra

40 Försäkringsförbundet; SCB Arbetskraftsundersökningar; Borg (2009) Den långsiktiga finansieringen; E-post från Försäkringsförbundet; Arvidsson och Jönsson (1997) Politik och marknad i framtidens sjukvård

41 Korpi och Palme (1999) Robin Hood, Matteus eller strikt likhet?

måste tillföra extra ur egen ficka. Ofta finns en övre gräns för kontot så att om någon samlar tillräckligt mycket pengar på sitt skattesparkonto kan delar av dessa pengar användas till annan konsumtion.

I en rapport från Timbro framhålls att skattesparkonton har två stora nackdelar: det leder till större ojämlikhet samt att människor med stort behov av vård kommer att få mindre pengar över till annan konsumtion.⁴² Detta eftersom de med stora behov måste avsätta mer pengar till vård medan övriga får mer pengar över till annat. Liksom med privata försäkringar riskerar även skattesparkonton att medföra ett onödigt högt sparande i samhället. Merparten av befolkningen kommer under långa tidsperioder inte att göra av med pengarna på sina sparkonton, medan andra kommer få svårt att få sina sparpengar att räcka till den vård de behöver.

Till skillnad från avgifter och privata försäkringar har skattesparkonton endast införts eller prövats på några få platser i världen. Singapore var tidigt ute och har gjort ett av de mest renodlade försöken. Singapore är visserligen ett speciellt exempel med bristande demokrati och speciella sparandevanor sedan tidigare, men de empiriska erfarenheterna verkar följa teorierna ovan: dämpad vårdkonsumtion, onödigt högt sparande och ojämlik fördelning.⁴³

5.2 Tänkbara lösningar inom landstinget

5.2.1 Produktivitet och kostnadseffektivitet

Inom ekonomi skiljer man på produktion och produktivitet. Produktion är antal utförda åtgärder, såsom besök, medan produktivitet är ett mått på erhållet resultat jämfört mot insatta resurser. I praktiken är detta ofta svårt att mäta och kan betyda både antal besök per skattekrone som mängden åtgärdad sjukdom.

42 Jordahl (2004) Vårdskonsumt eller soffpotatis?; Jmf även Lundin (2002) Klarar vi sjukvården?

43 Schreyögg och Kin (2004) Health-care Reforms in Singapore... ; Mossialos m.fl. (2002) Funding health care: options for Europe; Jordahl (2004) Vårdskonsumt eller soffpotatis?; Jmf. även SOU 2000:7, sid. 113f

I de senaste statliga långtidsutredningarna och SLL LU beskrivs sjukvårdens och andra välfärdstjänsters framtida produktivitet utveckling som noll. Detta hänger främst ihop med att all utveckling inom dessa områden även medför ökade kostnader. När nya behandlingsmetoder uppfinns har fler människor anledning att uppsöka vården, vilket gör att totalkostnaderna ökar. Vissa avancerade operationer som räddar liv för med sig att patienter överlever men därefter fortfarande har ett stort behov av vård.⁴⁴

Antagandet om noll produktivitetstillväxt hänger även ihop med att de beräkningar som görs framförallt mäter antal utförda åtgärder, typ operationer, och inte vårdens kvalitet eller människors ökade välfärd, trots att många behandlingar blir säkrare och effektivare över tid.⁴⁵ På tio till tjugo års sikt blir därför detta antagande mycket märkligt.

Allt fler får sitt behov av vård tillfredsställt inom när- och primärvården, vilken generellt är billigare än slutenvården vid sjukhus. Sedan 1990 har antalet vårddagar inom slutenvården minskat med 40 %, alltså över 2 % per år.⁴⁶ Framförallt har vårdens möjligheter att förbättra och förlänga människors liv utvecklats. Även om nya uppfinningar innebär större totalkostnader är det uppenbart att denna utveckling även pressar ned kostnaderna per styck för de åtgärder som faktiskt kommer att utföras. Frågan är då hur mycket man kan anta att produktiviteten ökar i framtiden? Någon exakt siffra är svår att beräkna men vi kan göra en bättre eller sämre gissning.

Istället för noll

I statlig redovisning utomlands används ibland 0,5 % för hela välfärdssektorn som schablon, vilket även flera debattörer menar är lämpligt för svensk välfärd.⁴⁷ Sjukvården skiljer sig från andra välfärdstjänster bland annat ge-

44 Exempelvis neonatalvård för tidigt födda, operationer för hjärt- och kärlproblem och cancerbehandlingar.

45 Brorström m.fl. (2006) Mått på välfärdens tjänster; SOU 2008:105 (statliga LU 2008)

46 Sveriges kommuner och landsting

47 SOU 2002:118 sid. 242f berättar lite om antaganden kring produktivitet i andra länder; Andersson m.fl. (2004) Kan framtidens välfärd finansieras?; TCO (2004 och 2008) Remissyttrande på statliga Långtidsutredningen 2004 och 2008; Sveriges kommuner

nom dess höga utgifter för teknik och administration. Jämfört med till exempel barn- och äldreomsorgen borde det därför gå att effektivisera vården något mer än 0,5 % per år.

I denna rapportens alternativscenari antas att hälso- och sjukvården kommer att öka sin produktivitet med i genomsnitt 0,7 % per år. Detta tal är både en uppskattning utifrån tidigare utveckling samt en schablon som kan innebära en rad olika processer: ny teknik, andra former av ersättningsystem, ökade insatser i primärvården, ökade satsningar på förebyggande vård med mera. Detta kan låta oprecist men ger ändå en bättre bild av framtidens vård än vad ett antagande om ingen produktivitetsutveckling alls gör.

0,7 % per år kan låta högt. Det är snarare lågt. Som jämförelse kan här nämnas att en intern beräkning inom SLL nyligen bedömde att den så kallade totalkostnadsproduktiviteten för vården i länet ökat med 3,5 % per år sista fem åren.⁴⁸ Även om detta mått inte är fullständigt ger det ändå en bild av möjligheterna. En inflytelserik brittisk statlig utredning från 2002 antog att vården i Storbritannien kan öka sin produktivitet fram till 2022 med i snitt 1,5 till 3 % per år. I den brittiska utredningen innefattar produktivitetsökningen även övergripande organisationsförändringar, såsom mer primärvård istället för slutenvård. På lång sikt är detta en lämplig definition.⁴⁹

Effektiviseringar i praktiken

Det finns flera tecken på att vården redan idag har stora effektiviseringsmöjligheter. Svensk vård betraktas ofta som billig och effektiv i ett internationellt perspektiv. Samtidigt råder det stora kostnadsskillnader mellan olika landsting. Enligt SKL:s övergripande statistik för 2008 är vården i SLL relativt billig per utförd åtgärd men dyr per invånare jämfört med andra landsting.⁵⁰

och landsting (2009) Tjugo samtal om välfärdens framtid på sikt; Ankarloo (2005) Kris i välfärdsfrågan

48 Stockholms läns sjukvårdsområde (2009) Förvaltningsberättelse 2008

49 Wanless (2002) Securing our Future Health, kapitel 3

50 Sveriges kommuner och landsting. Utförd åtgärd enligt DRG samt strukturjusterade kostnader per invånare.

Även i landstingets egna utredningar finns tecken på stora skillnader i effektivitet mellan vårdgivare i länet.⁵¹

De stora summor inom vård och omsorg som går till hantering av information öppnar för möjligheter till effektivisering genom bättre teknik, datorsystem och dyligt. En angelägen uppgift vore till exempel att lyckas samordna journalsystemen inom vården till ett gemensamt elektroniskt, vilket på sikt även borde kunna underlätta annan effektivisering, såsom bättre personalorganisation och läkemedelsförskrivning. Det borde även gå att få ned antalet vårdtillfällen som orsakas inom vården.

Tre mått som SKL använder för att jämföra vårdens kostnadseffektivitet är hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet, sjukvårdsrelaterad dödlighet samt undvikbar slutenvård. I de två senare ligger SLL bra till jämfört med övriga Sverige. Den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten är däremot tydligt över medel i Stockholms län. Detta kan bero på flera orsaker, varav en är storstadsmiljön. Forskning tyder på att förebyggande hälsofrämjande arbete på en rad områden lönar sig både för vården och för samhällsekonomin i stort.⁵² Det borde således gå att utforma effektiva lösningar även för Stockholmsområdet som på sikt både höjer människors hälsa och sparar pengar åt vården.

I likhet med övriga antaganden är produktivitetsutvecklingen att betrakta som ett mål för verksamheten snarare än något som kommer att ske enbart genom nya datorer. En viktig fråga för framtiden är hur vi kan utforma en välfärd som bidrar till jämlikhet, har hög standard och tillgänglighet utan att de oändliga behoven gör att kostnaderna skjuter i höjden. Invånarna i Stockholms län går till exempel till doktorn avsevärt mer än i övriga landet samtidigt som hälsonivån ligger på en medelnivå. Denna tillgänglighet borde gå att tillhandahålla på ett mer kostnadseffektivt sätt än vad som görs idag, exempelvis genom mer effektiv användning av personalen.

51 Karolinska Institutets folkhälsoakademi (2009) Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008

52 Hälso- och sjukvårdsnämnden SLL; Sveriges kommuner och landsting; Socialstyrelsen (2009) Hälso- och sjukvårdsrapport 2009; Hagberg m.fl. (2006) Förebygga eller bota; Cutler och McClellan (2001) Is Technological Change In Medicine Worth It?

Vården som vara

Behoven av effektivisering samt potentiella möjligheter är välkända överlag. I SLL LU listas en rad olika förslag för ökad produktivitet och effektivisering. Flera områden är intressanta medan andra får betraktas som mer tveksamma, såsom långtgående avreglering och total privatisering av produktionen för att därigenom skapa konkurrens och produktivitet.

Konkurrens bidrar generellt till innovationer och ökad effektivitet. För att konkurrens ska bidra till effektivisering och ökad nytta för konsumenterna krävs dock att varan som handlas passar till detta. Hälso- och sjukvård är långt ifrån någon idealisk vara för marknadskonkurrens. Dels är den ofta oerhört avancerad och därför svår för konsumenterna att förhandla om eller ta ställning till i någon större utsträckning förutom på ytliga grunder. Detta kan visserligen sägas gälla för bilar och datorer också men på dessa områden är det enklare att välja om och välja rätt utifrån ytterligare information. Konsekvenserna av att välja fel laptop behöver inte heller bli lika problematiska som de kan bli vid val av fel behandlingsmetod eller kirurg. Till skillnad från många andra marknader kan inte heller sjukvården beskrivas som ett område där de flesta konsumenter är aktiva annat än när de är absolut tvungna. För många är snarast målet att slippa vara aktiv. Effektiviseringar kräver även att företag eller åtminstone avdelningar kan gå i konkurs. I stora delar av vården skulle sådana processer skapa stora problem för patienterna samt öka risken att tillgången till vård blir mycket ojämnt fördelad.⁵³

En intressant iakttagelse i detta sammanhang är att i flera större internationella jämförelser bedöms svensk vård vara både kostnadseffektiv och ha hög produktivitet. Detta trots att andelen privat producerad och finansierad vård i Sverige fortfarande är relativt liten.⁵⁴ En annan intressant aspekt är att vinsterna i privata vårdföretag generellt är högre jämfört med andra bran-

53 För en längre diskussion på temat vården som vara se Dahlgren (1994) Framtidens sjukvårdsmarknader och Wanless (2004) Securing good Health for the Whole Population, kap. 7; För empiriska resultat i linje med dessa resonemang se Thomson och Dixon (2006) Choices in health care: the European experience

54 Sveriges kommuner och landsting (2008) Svensk sjukvård i internationell jämförelse; Svenskt näringsliv (2009) Konkurrensutsättning – var god dröj

scher, trots stort tillskott av nya företag de senaste åren. Hade konkurrensen fungerat hade vinsterna varit mer i nivå med övriga näringslivet.⁵⁵

Det pågår ett intensivt arbete med att utveckla informationsverktyg och bedömningskriterier för att göra det möjligt för människor att själva välja vårdgivare, utan att för den skull behöva vara experter. Huruvida detta arbete någonsin kommer att kunna överbrygga de ojämlikheter som alltid riskerar att bli följden av avregleringar återstår att se. För tillfället är det mycket långt dit.

Skattemedel måste betraktas som den begränsade resurs det är och behoven av vård är i det närmaste oändliga. Om vårdens resurser ska kunna fördelas jämligt krävs att vården är skattefinansierad. Om konkurrens ska vara effektiv krävs att nya företag kan etablera sig mer eller mindre fritt på marknaden. De avregleringar som gjorts inom Vårdval Stockholm visar tydligt vad kombinationen offentlig finansiering och fri etablering inom primärvården får för konsekvenser då privatläkare söker sig till länets mer välbärgade och redan välmående delar. Samtidigt ökar landstingets kostnader. Det är inte kostnadseffektivt för vare sig människors hälsa eller samhällsekonomin utan snarast ett slöseri med skattemedel. Sjukvård är helt enkelt inte någon lämplig vara för fri konkurrens på marknaden.

Därmed inte sagt att de privatiseringar och avregleringar som har genomförts inte har medfört något positivt alls. Många vittnar exempelvis om förbättrad patientservice, arbetsmiljö och stämning på arbetsplatsen.

Istället för marknader

Det gäller här för vänstern att formulera alternativ till helt avreglerade marknader som kan bidra till effektiviseringar och innovation men inte leder till ökad ojämlikhet. En metod är att använda de ekonomiska ersättningssystemen, exempelvis genom mindre andelar produktions- och målrelaterad rörlig ersättning. Detta görs redan men är ett relativt nytt fenomen i svensk vård. Här finns troligen stora möjligheter till produktivitetstvinst på sikt, även om

det är långt ifrån enkelt. Internationellt finns en del skrivet om detta men de svenska studierna är förhållandevis få.⁵⁶

5.2.2 Kostnadseffektiva ersättningssystem

Sjukvårdens utformning och verksamhet påverkas i hög grad av dess ersättningssystem. Ersättningssystemen är de ekonomiska strukturer och former som landstinget använder för att dela ut pengar till dem som producerar vården. Här skiljer man vanligen på fast och rörlig ersättning samt i vilka former fördelningssystemen tar hänsyn till olika vårdbehov.

Fast ersättning

Tidigare i Sverige var det vanligt med en fast ersättning som förhandlades fram, så kallat anslag. Vårdgivare fick då en summa varje år beroende på antal patienter och hur mycket det skulle kunna tänkas kosta att ge dessa vård. Fördelen är att den politiska kontrollen i ett sådant system är stor och möjligheten att fördela vården jämnt är hög. Nackdelen är att det inte uppmuntrar till produktion, produktivitetökningar och innovationer. Vården riskerar istället att bli stel och ineffektiv.

En annan form av fast ersättning är kapitation. Vårdgivarna får då ersättning för ett antal invånare som denne ansvarar för. Invånarna kan antingen fördelas av landstinget eller genom att medborgarna själva väljer en vårdgivare genom listning etc. Kostnadskontrollen i detta system är i regel hög. Då vårdgivarna får betalt för patienterna oavsett hur de behandlas premieras det kostnadseffektiva behandlingar och förebyggande insatser. Samtidigt riskerar vårdtunga patienter att bortprioriteras och missgynnas.

Rörlig ersättning

Rörlig ersättning kan ges per utförd åtgärd, såsom ett besök eller operation, och för uppnådda mål som förvaltningen bestämmer, så kallad målrelaterad ersättning. Rörlig ersättning kan rätt använd bidra till ökad produktion och

produktivitet. I praktiken är de däremot svåra att utforma. Rörliga produktionsrelaterade ersättningar riskerar missgynna vårdtunga patienter som har behov av längre möten. Rörliga målrelaterade ersättningar riskerar leda till att andra delar av verksamheten, som det inte utgår ersättning för, försämras. En lösning är då att upprätta fler mål. Alltför många mål riskerar å sin sida att göra det omöjligt att prioritera.⁵⁷ Se bilaga II för en sammanfattning av några olika ersättningssystem.

Det ultimata ersättningssystemet

Det är svårt att dra generella slutsatser av tidigare resultat då många olika faktorer inverkar. Ersättningssystemen fungerar troligen bäst med en blandning av rörliga och fasta, mål- och produktionsrelaterade, samt med viktningssystem för både socioekonomiska faktorer, ålder och diagnoser. Generellt kan sägas att ersättningen med fördel kan vara mer rörlig för arbetsmoment som är mer monotona. Även då bör följderna och resultatet studeras noga. Redan vid mindre rörlig ersättning finns risker för oönskade sidoeffekter. Med tanke på de problem som observerats tidigare med att utforma rörliga ersättningar utan stora negativa sidoeffekter bör tyngdpunkten ligga på fasta ersättningar. Vid behov kan sedan rörliga ersättningssystem användas för att påverka verksamheten där det upptäcks större brister.

Vården i Sverige finansieras och bedrivs till största delen i offentlig regi. I Stockholms län är andelen privat vård större än i andra landsting. Privata företag tenderar i regel vara mer fokuserade på verksamhetens ekonomi och vinst. Detta medför att riskerna för oönskade sidoeffekter av ersättningssystemen ökar. På lång sikt vore det därför positivt om andelen privata vårdgivare minskade.⁵⁸ Samtidigt avskräcker äldre tiders regleringar av svensk vård. Det gäller således att hitta en struktur med utrymme för både kreativitet och kostnadskontroll.

57 Landstingsrevisorerna (2005) Projektrapport 26/2005; Anell (2009) Hälsoekonomi; NUTEK (2008) Mer vård för pengarna; Jacobsson (2007) Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård; Calltorp (2008) Ersättningssystem inom hälso- och sjukvården

58 För en intressant diskussion kring detta se Öhrming (2008) Hälso- och sjukvårdens fragmentering

Ersättningssystemen inom SLL

Inom SLL fördelas för tillfället pengar till vårdgivarna främst efter sjukdiagnos, ålder och kön: på sjukhusen enligt DRG-systemet och i primärvården genom så kallad listning. De rörliga ersättningarna fördelas efter antal åtgärder samt besök.⁵⁹ Den stora fördelen med DRG och listning är att det premierar kostnadseffektiva behandlingar, eftersom vårdgivarna får betalat för vad patienterna kostar i genomsnitt. Den stora nackdelen är att många patienter är dyrare att behandla än genomsnittskostnaden. Hur mycket patienter kostar beror på en rad faktorer: Dels ålder och diagnos men även sociala omständigheter. De patienter som kostar mer än genomsnittet riskerar då att få relativt sämre vård eller prioriteras bort. En hjärnskakning i Danderyd kan innebära helt andra vårdbehov än en hjärnskakning i Farsta.⁶⁰ Därför brukar DRG kombineras med andra fördelningssystem som tar hänsyn till sociala omständigheter.

Sedan 2006 har den rörliga andelen av ersättningarna ökat, inte minst inom primär- och närsjukvård. Detta är troligen en stor del av förklaringen till att antalet läkarbesök ökade så markant under 2008. Nackdelen är att den rörliga ersättningen nu utgör en så stor del att vårdgivarna närmast är tvungna att fokusera på korta enkla besök för att gå runt ekonomiskt. Det finns även tecken på att annan verksamhet som inte premieras ekonomiskt nu nedprioriteras.⁶¹ Tidigare tog ersättningssystemen inom SLL viss hänsyn till socioekonomiska förhållanden men detta avskaffades i samband med Vårdval Stockholm. Denna utveckling missgynnar vårdtunga patienter och socioekonomiskt svaga områden.

Flera verksamhetsområden inom SLL är i skrivande stund på väg att få ökat inslag av rörlig ersättning, däribland förlossningsvård och knä/höftledsplastik.⁶² Även om detta kan vara lämpligt inom vissa verksamheter är

59 För en översikt över ersättningssystemen inom SLL se SLL LU Huvudrapport, sid. 31

60 Andrén-Sandberg (1994) Diagnos Relaterade Grupper; Dahlgren (1994) Framtidens sjukvårdsmarknader

61 Stockholms läns sjukvårdsområde (2009) Förvaltningsberättelse 2008, sid. 29f

62 Hälso- och sjukvårdsnämnden SLL (2009) Årsredovisning 2008

denna utveckling problematisk, inte minst för primärvården. Ständiga produktivitetshöjningar måste vara en självklar del av verksamhetens målsättning. De nuvarande ersättningssystemen premierar dock främst produktion, såsom antal besök, och riskerar på sikt att minska produktiviteten, det vill säga vårdens resultat och kvalitet. Detta gäller inte minst i områden med vårdtunga, dyra patienter.⁶³

Även kring ersättningssystemen pågår mycket forskning, inte minst för att ta fram ersättningar kopplade till mål kring hälsa. Med tanke på Stockholms läns relativt höga tal för ”åtgärdbar dödlighet” vore det här särskilt intressant att se över möjligheterna att genom ersättningssystemet premiera förebyggande insatser.

Vänsterpartiets förslag

I skrivande stund arbetar Vänsterpartiet tillsammans med Socialdemokraterna och Miljöpartiet i SLL på ett alternativt system till Vårdval Stockholm, kallat Hälsoval Stockholm. Ersättningssystemen för primärvården ska i detta alternativ ta hänsyn till socioekonomiska faktorer genom ACG (Adjusted Care Group) och CNI (Care Need Index).

ACG och CNI är, precis som DRG, ersättningssystem för att fördela pengar till vårdgivare. ACG fördelar pengar genom att kartlägga vårdtyngd bland personer i ett område. Lite som att om invånarna var mycket sjuka förra året förväntas de vara det även detta år. CNI är utformat för att fördela resurser efter sociala faktorer som visat sig viktiga för att avgöra vårdbehov, såsom arbetslöshet, utbildningsnivå med mera, vilket mäts inom ett bostadsområde.⁶⁴ Tanken är att dessa system ska bidra till att vårdens resurser fördelas mer efter behov. ACG och CNI har utvecklats och används i andra länder men har aldrig tidigare prövats i Sverige.

Från vårdgivares och personals sida efterlyses ofta långsiktiga strukturer och att man gärna ser att de ekonomiska ramverken inte görs om vart

63 Ernst & Young (2008) Patientmixens betydelse för effektiviteten hos husläkarmottagningar

64 Jacobsson (2007) Monetära ersättningsprinciper inom hälso- och sjukvården

och vartannat år. Om V, S och MP:s Hälsoval Stockholm kan vara ett steg i en sådan riktning återstår att se. Vårdval Stockholm utmanar däremot den svenska välfärdsmodellen i så stor utsträckning att någon form av förändring måste genomföras om inte den svenska välfärdsmodellen ska komma att förändras i grunden.

5.2.3 Kostnadseffektiv personalpolitik

En återkommande diskussion inom vården är hur stela strukturer tar energi och hämmar effektiva lösningar. Flera undersökningar tyder på att stora delar av arbetstiden för den medicinska personalen inom vården går till administrativt arbete. Kanske rent av så mycket som två tredjedelar.⁶⁵ Flera studier tyder på att det är vanligt med missförstånd kring vilka arbetsuppgifter olika anställda får utföra. I realiteten är ofta reglerna mindre strikta än vad personalen tror.⁶⁶

En organiseringsmetod för ökad effektivitet som är populär just nu är Lean samt arbete i team. Lean har bland annat införts på St. Görans sjukhus med till synes lyckat resultat.⁶⁷ Inom vissa branscher är Lean ett laddat begrepp och ofta förenat med ökad arbetsbörda eller rena försämringar för de anställda. Inom vården har personalen ställt sig positiv och upplevt att arbetsmiljön förbättrats. Dessa projekt är intressanta och uppföljningsarbete pågår. Samtidigt är frågan vem som ska ta ansvar för utformningen av omorganisationer. Landstingets möjlighet att styra uppifrån är starkt begränsad. Det bör däremot finnas möjlighet att initiera diskussioner och jämförelser och därigenom kunna bidra till nya lösningar och idéer.

För att organisationsarbete ska bidra till ökad produktivitet måste de ekonomiska ersättningsystemen uppmuntra till effektiva lösningar. I samband med Vårdval Stockholm sattes besöksersättningar för läkare avsevärt högre

65 Andersson (2009) Gräddfil åt alla; Kliniken för onkologi, KI (2006) Fördjupad uppföljning, sid. 18 (underlagsrapport 2: Är remissflödet snabbt och säkert?)

66 Socialstyrelsen (2004) Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?; Socialstyrelsen (2008) Hemsjukvård i förändring; SLL LU

67 SLL LU Huvudrapport sid. 27

än för besök till sjuksköterska. Detta inbjuder till att mer högutbildad och dyrare personal tar över arbetsuppgifter från billigare vilket ökar landstingets kostnader i onödan.

En vanligt förekommande diskussion inom europeisk hälso- och sjukvård är hur primär- och närvård skulle kunna få en viktigare roll på bekostnad av den avsevärt dyrare slutenvården vid akutsjukhusen. I Sverige har denna debatt pågått åtminstone sedan 1970-talet. Åsikterna om varför akutsjukhusens resurser fortsätter att växa går isär. Flera debattörer framhåller i dessa sammanhang läkarkårens starka ställning. Andra menar att det är bristen på reellt politiskt ledarskap. Oavsett orsak finns här utan tvekan mer att göra.

Hälsosam personalpolitik

Den kompetens som finns inom arbetsorganisationen måste tas tillvara så långt det går. Inom SLL är männen kraftigt överrepresenterade på högre chefspositioner.⁶⁸ Ojämligheten mellan könen syns även i sjukskrivningar bland landstingets personal där kvinnor har högre sjukfrånvaro än männen. Längre sjukskrivningar är nästan dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män.⁶⁹ Dessa skillnader mellan könen kan vara tecken på ineffektiva strukturer som drar ned produktiviteten. Sjukfrånvaron bör minimeras generellt men skillnaderna mellan könen bör även studeras särskilt.

Med inhyrd personal minskar generellt möjligheterna till kontinuitet och organisationsutveckling. En hälsosam arbetsmiljö bör därför ha fasta heltidsanställningar som norm och minimera andelen inhyrd personal. Detta ökar möjligheten att produktiviteten förbättras på lång sikt. 2007 till 2008 ökade kostnaderna inom vården i SLL för inhyrd personal med 33 % till 158,5 miljoner kr. Störst är ökningen bland enheter som varit föremål för entreprenad och upphandling, vilket i redovisningen förklaras av osäkerheten i arbetsmiljön som följer vid såna processer.⁷⁰ Även om detta inte utgör någon stor del av landstingets kostnader är det fortfarande ett område för effekti-

68 SLL (2009) Medarbetarfokus 2008

69 Stockholms läns sjukvårdsområde (2009) Förvaltningsberättelse 2008, sid. 60f

70 Stockholms läns sjukvårdsområde (2009) Förvaltningsberättelse 2008, sid. 53f

visering. Sjukvården i Sverige står inom kort inför stora rekryteringsbehov och frågan är om det ens kommer att finnas tillräckligt med utbildad personal. Kommunal har räknat på hur ökad andel heltidsanställda skulle minska behovet av nyrekryteringar kraftigt.⁷¹ Detta kan troligen vara ett bra område för ett långsiktigt effektiviseringsprojekt.

5.2.4 Höjd landstingskatt

Eftersom det inte finns något rakt samband mellan mängden pengar ett samhälle investerar i vård samt människors hälsa och tillfredsställelse bör höjda skatter ses som en sista utväg för att finansiera de stigande kostnader som kan bli följden av fler äldre. Men vårdens framtida kostnader beror även på höjd efterfrågan och detta är snarast ett argument för höjda skatter.

Sjukvårdens framtida finansiering förutsätter framförallt att landstinget inte hamnar i en situation av ständiga behov av skattehöjningar. Så länge antalet totalt arbetade timmar fortsätter växa i och med att den totala befolkningen växer är detta inte något problem. Detta hänger bland annat ihop med befolkningens ålderssammansättning. SCB räknar med att andelen äldre slutar öka omkring år 2040. Fram till dess borde det även gå att vidta andra åtgärder, såsom högre pensionsålder. Mer om detta nedan.

I senaste statliga långtidsutredningen (2008) antas att det kommer att ske en nedskärning av offentlig hälso- och sjukvård i framtiden.⁷² SLL LU beskriver en höjning av skatten som omöjlig. Redan idag finns det dock tecken på att medborgarna vill ha ökade satsningar på hälso- och sjukvård, antingen i form av höjd skatt eller höjda egenavgifter. Stora mängder opinions- och attitydforskning tyder på att den svenska välfärdsmodellen och dess skattefinansiering har ett stort stabilt stöd och har så haft de senaste 30 åren.⁷³ Över 90 % av de svarande i en undersökning från 2008 uppgav att

71 LO (2004) Kan framtidens välfärd finansieras?

72 SOU 2008:108, sid. 96

73 Se Svallfors (2003) "Välfärdsstatens legitimitet: Åsikter om svensk välfärdspolitik i komparativ belysning" för en kortfattad sammanfattning på en rad olika områden åren 1980-2003; även Svallfors (1996; 2004)

de föredrar ökad kvalitet i sjukvården, skolan och äldreomsorgen framför sänkt skatt. Strax över 50 % sade sig även vara beredda att betala extra för en privat försäkring för att få snabbare tillgång till vård.⁷⁴

Välfärdens skattefinansiering har ett stort stöd bland befolkningen, både bland borgerliga och rödgröna väljare. Stödet för skattesystemet bör dock inte utmanas i onödan. Landstingsskatten är idag relativt hög i Stockholms län jämfört med andra landsting. Den höga skatten förklaras delvis av att SLL är det enda landsting i Sverige som har ekonomiskt ansvar för kollektivtrafiken. Enligt beräkningar kommer troligtvis inte skatten i SLL att behöva höjas fram till år 2030 (se nedan). Det är dock svårt att bedöma framtidens behov och det finns alltid en risk att en situation uppkommer där skatten kan behöva höjas, om inte annat tillfälligt då andelen äldre är som störst.

I framtiden förväntas efterfrågan på vård och välfärd stiga i och med att inkomsterna stiger. Sedan 1980 har kommunalskatterna i Sverige höjts med i snitt 2,5 %.⁷⁵ Fram till 2030 räknar statliga LU med att medellönerna i Sverige kommer att stiga från dagens ca 20 000 kr per månad till nästan 33 000 kr.⁷⁶ Att efterfrågan stiger betyder att människor kommer att vilja betala för tjänsten på något sätt, antingen via skattsedeln eller privat. Om landstinget väljer att inte erbjuda denna tjänst kommer vi tvingas söka den på annat håll. Det borde således gå lika bra att kanalisera denna ökade efterfrågan via skatten. Men även i detta läge finns det risk att höjda skatter inverkar negativt på tillväxten oavsett vad opinionsundersökningarna visar.

Effekter av höjda skatter

Även om människor i teorin säger sig vara villiga att betala skatt kan de ändå slå bakut när de får lönebeskedet i hand. Till exempel kan de tappa lusten att jobba eller börja fuska i större utsträckning. Den centrala frågan i detta sam-

74 Sveriges kommuner och landsting (2008) Svenska folket om finansieringen av välfärden; Jmf även Svallfors (1996, 2003, 2004) samt Timbro (2009) Allmänheten om den framtida finansieringen av välfärden

75 SCB

76 SOU 2008:108, sid. 79

manhang är då vilka effekter höjda skatter får på sysselsättning och samhällsekonomin i stort. Inom nationalekonomin diskuterar man ofta hur höjda skatter leder till två effekter på arbetsutbudet: å ena sidan får löntagarna ut mindre lön varför det lönar sig sämre att jobba och arbetsviljan sjunker. Å andra sidan medför samma skattehöjning att människor behöver jobba mer för att få ut samma mängd lön, varför vissa vill jobba mer.

Flera framtidsstudier framhåller ofta de skadliga effekterna av skatter, trots att det är långt ifrån solklart vilken effekt som är starkast. Ibland har den negativa effekten av skatter även motbevisats i praktiken. Exempelvis finns det tecken på att Alliansens Jobbskatteavdrag inte fick någon större effekt på arbetsutbudet.⁷⁷ Övergripande studier och jämförelser tyder snarare på att skatter kan ha positiv effekt på arbetsutbudet. I länder med höga skatter och stora välfärdssystem har människor generellt högre intresse av att arbeta.⁷⁸

En central fråga för effekter av skattehöjningar är (eller borde vara) vad skattehöjningen ska användas till. Effekterna på arbetsutbudet kan bli positiva om skatten används till välfärdstjänster som ökar sysselsättningen. Ett exempel där framtida satsningar borde bli aktuella är vård av äldre. Idag utförs denna ofta av kvinnliga anhöriga under 64 år, något som blivit allt vanligare sedan 1990-talet.⁷⁹ Sett ur strikt ekonomisk synvinkel är detta ofta oerhört ineffektivt, där kanske en person tar hand om en äldre anhörig istället för att en anställd tar hand om fem äldre medan deras anhöriga arbetar. Ett annat exempel är förebyggande, hälsofrämjande insatser mot tobak och alkohol etc.

Globalisering

I diskussionerna kring skatter framställs det ibland som att globalisering och ökad internationell integration alldeles strax kommer att göra Sveriges relativt höga skatter omöjliga i framtiden. Denna diskussion är ofta starkt ideologiskt präglad. Internationell skattekonkurrens är visserligen ett fak-

77 Globaliseringsrådet (2008) Varannan svensk okunnig om jobbskatteavdraget

78 Ingrid Esser (2005) Why Work?

79 Ulmanen (2008) Äldres döttrar – en stor och viktig grupp anhöriga i ljuset av anhörigstöd; Socialstyrelsen (2006) Omsorg människor emellan

tum men gäller inte främst kommun- och landstingsskatt utan då snarare kapital- och förmögenhetsskatter. Än så länge verkar inte utvecklingen heller gå mot generellt lägre skatter i industriländerna.⁸⁰ I de fall där välfärdsystem faktiskt har urholkats verkar inte heller internationell skattekonkurrens förklara utvecklingen. Det ser istället ut att handla om interna politiska tvister och maktförhållanden.⁸¹

Statlig skatt

Ett annat förslag utanför landstinget är att höja statliga skatter för höginkomsttagare. Detta finns det goda skäl till utifrån rättvisesynpunkt och delvis även samhällsekonomiskt om dessa pengar används till att höja syster-sättning och tillväxt. De realistiska höjningar som går att genomföra på dessa områden kan däremot troligen endast inbringa mindre summor. Detta är därför inte någon lösning på välfärdens långsiktiga finansiering.

Därmed inte sagt att staten inte kan öka sina skatteintäkter på något sätt. Ett intressant förslag är LO-ekonomernas diskussion kring förändrad moms i rapporten Kan framtidens välfärd finansieras? från 2004. LO-ekonomerna menar där att dessa skatter bör gå att strukturera om och höja med motsvarande 2-3 % av BNP utan att det minskar arbetsutbud eller ökar den ekonomiska ojämlikheten.⁸²

5.3 Tänkbart utanför landstinget

Förutom de åtgärder landstinget självt kan vidta och påverka finns en rad faktorer och åtgärder som landstinget inte påverkar annat än indirekt. Även på dessa områden finns det skäl att diskutera politikens långsiktiga priorite-

80 Vårpropositionen 2004: Prop 2003/4:100, sid. 114

81 Johansson (2008) "Historia och institutionell förändring: Sjukförsäkringens avgiftsfinsansiering i ett framtidsperspektiv" i Alm och Palme; Korpi och Palme (2003) *New Politics in the context of Austerity and Globalization...*

82 Andersson m.fl. (2004) *Kan framtidens välfärd finansieras?*

ringar. I rapportens scenario för framtiden antas intäkterna utvecklas enligt SLL LU snittscenario. Diskussionen nedan är endast tänkt för vidare debatt.

5.3.1 Högre sysselsättning

Den främsta källan till vårdens finansiering är skatteintäkter från arbetsinkomster. SCB och Regionplanekontoret i SLL (RK) gör prognoser och scenarier för framtidens befolkning och sysselsättning. Enligt dessa scenarier och under förutsättning att skattemedlen används effektivt kommer vården inom SLL troligen att kunna finansieras med skatter även i framtiden. För välfärden i riket behöver troligen den totala mängden arbetstimmar öka.⁸³

SLL LU antar att det totala antalet arbetade timmar i samhället kommer att sjunka 2009-2025. Senaste statliga Långtidsutredningen räknar med ett oförändrat arbetskraftsdeltagande i olika ålders- och invandrargrupper. Detta är onödigt pessimistiskt men förutsätter samtidigt politisk handlingskraft för att inte gå i uppfyllelse. Det finns flera grupper där sysselsättningen kan öka. 2007 var ett högkonjunkturår. Trots detta var sysselsättningen bland 55-64-åringar endast 70 % och bland 20-24-åringar 63 %. Av alla som var sysselsatta i Sverige var 95 % mellan 20 och 64 år gamla.⁸⁴

Är högre sysselsättning möjlig?

Exakt hur sysselsättningen kan öka ligger utanför denna rapport. De exempel som ges nedan är endast tänkta som diskussionsunderlag. Grunden för resonemanget är att den främsta anledningen till att människor inte jobbar är att det saknas efterfrågan på deras arbetsinsats. Trots att 2007 var ett högkonjunkturår ville 250 000 människor som hade arbete jobba mer.⁸⁵

Med stigande folkhälsa borde vi även kunna arbeta högre upp i åldrarna. Den nuvarande definitionen av ålderspensionärer är relativt ny. På 1960-talet arbetade fortfarande en stor andel av männen över 65 år medan idag endast

83 SOU 2008:105; Egna beräkningar

84 SCB Arbetskraftsundersökningar; SCB Arbetskraftsprognos 2009

85 SCB Arbetskraftsundersökningar; Jmf. Nilsson Martos (2009) Krisen inget skäl att släppa heltidskravet

10 % av de över 65 år är sysselsatta, män dubbelt så mycket som kvinnor.⁸⁶

1998-2007 steg den genomsnittliga utträdesåldern från arbetsmarknaden från 62 till 63 år.⁸⁷ Detta hänger troligen främst ihop med 1990-talets förändringar av pensionssystemet vilket ökade det egna ansvaret för pensionen. Det finns dock en rad andra möjligheter att bidra till ökad sysselsättning bland äldre utan att nedmontera den svenska välfärdsmodellen. Sociologisk forskning tyder på att väl utbyggda välfärdssystem inverkar positivt på människors lust att arbeta och arbeta i högre ålder. Detta gäller såväl arbetslösa som låg- och högutbildade.⁸⁸ Om pensionsåldern ska kunna höjas i någon betydelsefull mening krävs åtgärder på flera områden. Arbetsmiljön måste förbättras och arbetsgivares inställning till att anställa äldre måste förändras.⁸⁹

Sysselsättningen i Stockholms län

Stockholmsregionen växer kraftigt och kommer enligt landstingets egna beräkningar att fortsätta att göra så. Även om sysselsättningen i länet hänger ihop med utomstående faktorer beror den även på lokala beslut. För Stockholmsregionen handlar detta inte minst om att öka bostadsbyggandet.⁹⁰

Även antalet förtidspensionärer borde kunna minska lokalt. Samtidigt som sysselsättningen i länet ofta är relativt högre än i övriga landet är cirka 100 000 av invånarna i Stockholms län förtidspensionerade, vilket är en fördubbling jämfört med 1986. Även om det har minskat något 2007-2008 har antalet legat över 90 000 sedan 2004 (ca 5 % av länets befolkning).⁹¹

86 SCB Arbetskraftsundersökningar; Baroni m.fl. (2008) "Omfördelning mellan generationer: Går framtiden att simulera?" i Alm och Palme (2008)

87 Försäkringskassan (2008) Medelpensioneringsålder

88 Esser (2005) Why work?

89 Riksförsäkringsverket (2001) Arbetsgivares attityder till äldre yrkesverksamma; Nilsson (2007) Chefers attityder till äldre medarbetare inom kommunen; TCO (2009) Jakten på superarbetskraften III; Engström (2009) Sickness Absence in Sweden; Wreder (2006) Många LO-medlemmar utslitna långt före 65

90 Regionplanekontoret SLL (2007) Stockholm Mälarregionen

91 Regionplanekontoret SLL; SCB Arbetskraftsundersökningar

5.3.2 Politisk prioritering

Om landstingets kostnader skulle stiga mer än intäkterna vore en annan tänkbar lösning ökad överföring från staten. Detta behöver inte nödvändigtvis innebära en ökad summa pengar. Det kan till exempel ske genom att staten tar över det ekonomiska ansvaret för forskningen vid Karolinska universitetssjukhuset. Allt annat lika måste staten i så fall antingen få ökade intäkter, alternativt prioritera vård framför andra verksamheter.

I framtiden borde hälso- och sjukvården kunna prioriteras inom den offentliga ekonomin. Brottslighet har ett starkt samband med befolkningens ålderssammansättning. Det är framförallt yngre som begår brott och belastar rättsväsendet. Fler gamla betyder därför inte att vi behöver fler poliser, troligen tvärtom.⁹²

Balans- och överskottsmål för stat och kommun

I början av 1990-talet genomgick Sverige en ekonomisk kris och statsskulden växte kraftigt. Samtidigt dominerades den ekonomiska debatten av idéer där inflationsbekämpning stod i fokus. I samband med detta införde Sverige ett överskottsmål för statsfinanserna samt ett balansmål för kommuner och landsting.

Vissa debattörer menar att statens överskottsmål bör bevaras och avskaffas om några år för att kunna öka de offentliga utgifterna när andelen äldre ökar. Detta kan låta tilltalande i teorin men är samtidigt tveksamt. Förslaget bygger på att framtidens generationer kommer att följa dagens politiska resonemang. Risken är istället att vi offerar tillväxt och sysselsättning idag och att framtidens välfärd ändå nedmonteras på grund av morgondagens politiska diskussioner.

Det statliga överskottsmålet tillkom i en speciell situation med kraftigt ökande statsskuld. Det är tänkbart att någon form av finansiellt ramverk kan

92 Nilsson (2008) "Kan man förutsäga brottsligheten" i Alm och Palme. Även om det är svårt att göra jämförelser över tid finns tecken på att brottsligheten ökade fram till 1990 men därefter legat på en stabil nivå. Det verkar således inte vara frågan om någon långsiktig ökning trots att befolkningmängden i stort ökar.; Idén om prioritering från Andersson (2009) Framtidens välfärd kan finansieras utan skattehöjningar

vara användbart för statsfinanserna, till exempel för att förhindra oansvariga skattesänkningar. Dagens balans- och överskottsmål riskerar däremot att förstärka konjunkturcyklernas upp- och nedgångar. Exakt hur ett alternativt ramverk bör utformas ligger utanför denna rapport. Ett första steg vore att ersätta det statliga överskottsmålet samt kommunerna och landstingens balanskrav med krav på balans över konjunkturcyklerna.

5.3.3 Kostnadseffektiv sjukvård nationellt

Även på statlig nivå bör vården organiseras kostnadseffektivt och vara inriktad på behov. Våren 2009 röstade riksdagen igenom att samtliga landsting blir tvungna att införa "Vårdval" inom primärvården från och med 1 januari 2010. En framträdande del i detta är att privata vårdgivare ska få etableringsfrihet inom primärvården och samtidigt ha rätt till skattemedel. Enskilda landsting kommer inte ha rätt att bedöma behovet av en ny vårdcentral i ett bostadsområde. Under hösten 2009 kommer även en utredning att presenteras för ökad etableringsfrihet i annan sjukvård än primärvården.⁹³ Dessa förändringar riskerar att leda till att vårdens resurser fördelas än mer ojämlikt och används på ineffektiva sätt, främst genom att relativt mer vård kommer att konsumeras av grupper som är mindre sjuka och har lättare för att komma i kontakt med vården. Vårdens totalkostnader kommer med största sannolikhet att öka utan att hälsan förbättras. På lite längre sikt undergrävs den offentliga finansieringen av hälso- och sjukvården.

När man räknar samman alla samhällskostnader för sjukligheten i Sverige utgör utgifterna för sjukvård och läkemedel mindre än hälften. Därutöver tillkommer sjukfrånvaro från arbete, förtidspension och dödlighet.⁹⁴ Finansdepartementet räknar i Vårpropositionen 2009 med att om sjukligheten bland äldre kunde förskjutas två år uppåt i åldrarna skulle detta innebära mindre utgifter för hela landet motsvarande 1,1 % av BNP 2030.⁹⁵ Detta tyder på

93 Hälso- och sjukvårdsnämnden SLL (2009) Preliminär budget för HSN 2010 samt planering 2011-2012

94 Nordling (2008) Kostnad för all sjuklighet i Sverige

95 Vårpropositionen 2009: Prop. 2008/09:100

att samhället har stora pengar att tjäna på ökad folkhälsa. Bättre hälsa är ingen garanti för att utgifterna för vården minskar om det till exempel krävs kostsam vård för att uppnå detta. Däremot möjliggör det ökad sysselsättning och därigenom högre skatteintäkter. Om dyra operationer medför att en person kanske kan jobba tio år extra kan samhället ändå tjäna på det i slutändan.⁹⁶

96 För ett illustrativt exempel se Borgström (2006) Fler yngre gör höftledsoperationer

6. Framtiden i siffror

Nedan jämförs SLL LU snittscenariot mot denna rapportens alternativscenariot. SLL LU beskriver utvecklingen till 2025. För att kunna jämföra med denna rapportens alternativscenariot antas att den genomsnittliga förändring av intäkter och kostnader som SLL LU beräknat fram till 2025, fortsätter i samma takt fram till 2030.

I tabellen nedan jämförs några nyckeltal i de två scenarierna. SLL LU snittscenariot antar att kostnaderna ökar med 6 % per år. I alternativscenariot antas att vårdens ekonomiska strukturer görs om. Den demografiska utvecklingen medför då att kostnaderna ökar med i snitt 1,2 % per år fram till 2030. Ökad efterfrågan och höjda krav kommer att medföra i snitt 0,9 % höjda kostnader per år. Löner och priser antas sammantaget öka med 3,3 % per år, vilket är samma ökningstakt som rådde 1998-2008.⁹⁷ I alternativscenariot förväntas produktivitetens utveckling och effektiviseringar inom sjukvården minska kostnaderna med 0,7 % per år.

Landstingets intäkter utvecklas i båda scenarierna enligt snittscenariot i SLL LU och växer med i snitt 4,7 % per år. I SLL LU snittscenariot ökar kostnaderna med 1,3 % mer än intäkterna per år. År 2030 kommer i så fall ett underskott uppstå på 34 % av intäkterna. I alternativscenariot ökar intäkterna lika mycket som kostnaderna.

97 Lönerna antas öka med 4,3 % per år (Källa: SLL LU) medan övriga priser antas öka med 2 %.

Nyckeltal

Genomsnittlig procentuell förändring per år om inte annat anges

| | SLL LU 2008-2030 | Alternativt scenario 2008-2030 |
|---|---------------------|--------------------------------------|
| Stigande kostnader för sjukvården pga. - Demografi - Höjda krav - Löner och priser | 6* | 5,4 1,2 0,9 3,3 |
| Produktivitet utveckling och effektivisering inom hälso- och sjukvården | 0 | 0,7 |
| Kostnader minus produktivitet ökning | 6 | 4,7 |

| | | |
|---------------------------------|------|------|
| Stigande intäkter enligt SLL LU | 4,7* | 4,7* |
| Summa: Intäkter minus kostnader | -1,3 | 0 |

| | | |
|---|-------|---|
| Resultat 2030: skillnad mellan intäkter och kostnader (procent av intäkterna) | -34 % | 0 |
|---|-------|---|

* Genomsnittlig ökning per år i SLL LU snittscenario.

Högre löner inom vården

Lönerna för de landstingsanställda kommer sannolikt att öka snabbare än för andra yrkesgrupper i framtiden. Arbetskraftsutbudet kommer troligen att minska i framtiden samtidigt som vården behöver rekrytera stora mängder ny personal.

SLL LU diskuterar hur lönerna inom vården kan komma att stiga 0,7 % snabbare än i snittscenario. I denna rapportens alternativscenario skulle detta öka vårdens årliga totala kostnader med ytterligare 3,4 miljarder kronor 2030.

I så fall uppstår ett underskott på 1,3 % av intäkterna 2030, motsvarande ca 1,5 miljarder kr. För att täcka detta kommer det i så fall att krävas en skattehöjning på mindre än 0,5 %. Både detta och det förväntade överskottet i alternativscenariot får dock betraktas ligga inom felmarginalen med tanke på det långa tidsperspektivet.

Efter 2030

Enligt SCB kommer andelen 20-64-åringar i hela Sverige att vara som lägst under 2030-talet, för att därefter förbli stabilt alternativt öka något fram till 2050. Redan år 2030 är så långt bort att scenarier bortom detta blir mycket osäkra. 2030 kommer andelen äldre i Sverige att ha nått en nivå som ligger mycket nära den som förväntas gälla 2031-2050.

Är antagandena rimliga?

Flera av antagandena är att betrakta som förslag för politikens inriktning. Med fel beslut finns det goda skäl att anta att framtidens välfärdstjänster inte kommer att leva upp till vänsterns målsättningar kring jämlikhet och demokrati. Det är också vad som sägs i de senaste statliga och regionala långtidsutredningarna, även om dessa rekommenderar lösningar som inte heller uppfyller vänsterns målsättningar.

Rapportens scenario är optimistiskt så till vida att det förutsätter en rad politiska prioriteringar för att gå i uppfyllelse. Dessutom finns det långt ifrån någon enkel lösning för de förslag som föreslås. Avsikten med optimismen är dock inte att ingjuta lugn inför framtiden utan att visa att samhällsutvecklingen inte är ödesbestämd.

Beräkningarna i sig är tänkta att vara så realistiska som möjligt. Kostnaderna har avrundats uppåt och intäkterna nedåt. Tanken är dock inte att förutsäga framtiden utan att diskuteras politikens inriktning och förutsättningar. Framförallt är det viktigt att notera just osäkerheten i alla beräkningar av denna typ. Som synes blir resultaten radikalt annorlunda redan vi mycket små förändringar i antagandena.

7. Politiska rekommendationer

Samtliga antaganden i modellen är att betrakta som rekommendationer för politikens inriktning. Sjukvårdspolitiken måste inriktas på att främst tillgodose befolkningens behov av vård istället för att finansiera privatläkare i rikare stadsdelar och kommuner. Samtidigt måste människors krav och behov av trygghet och tillgänglighet tillgodoses. Att uppnå alla dessa målsättningar samtidigt är ingen enkel kombination men bör inte heller vara omöjligt.

Inom landstinget krävs ett långsiktigt arbete för att öka vårdens effektivitet och produktivitet utan att kvalitén försämras eller ojämlikheten ökar. Ett alternativ till privatiseringar och avregleringar är att skapa ekonomiska incitament genom ersättningssystemens rörliga andelar. I länet finns ett stort antal privata vårdgivare. Detta medför en ökad risk för oönskade sideeffekter av ersättningssystemen. På sikt bör därför andelen privata vårdgivare minska.

Mycket effektiviserings- och produktivitetshöjande arbete inom välfärdsektorerna handlar om att utforma smarta arbetsorganisationer. Detta görs bäst av, och i samarbete med, de anställda. Korrekt utfört finns här troligen stora möjligheter att förbättra både vårdens kostnadseffektivitet och arbetsmiljö. Personalpolitiken måste bli långsiktigt kostnadseffektiv. Vårdutbildad personal ska inte utföra mer administrativt arbete än absolut nödvändigt. Strukturer och kulturer som bidrar till ojämlikhet och ohälsa och inte tar tillvara på den kompetens som finns på bästa sätt måste motarbetas.

I alla delar av samhället krävs en politik för full sysselsättning. På långsikt kommer människor att fortsätta vilja ta ut delar av reallöneökningar i förkortad arbetstid. I och med att vi lever längre borde vi kunna jobba mer som äldre. Då måste arbetsmiljön förbättras. Attityder till pensionsålder och äldre arbets sökande måste förändras. Inte minst måste arbetsgivare bli mer positiva till att anställa äldre.

Om beräkningarna håller kommer inte landstingsskatten att behöva höjas fram till 2030. Detta är dock inte en argumentation mot höjda skatter. Höjda

skatter kan även vara ett sätt att signalera engagemang för sjukvården och den offentliga sektorn.

Andra idéer

Förutom ovan nämnda uppslag för att klara vårdens och välfärdens finansiering, finns flera ytterligare idéer som inte ryms i denna rapport men kan vara intressanta för vidare diskussion. Forskningen idag är till stor del inriktad på att minska sjuklighet och lidande. Man skulle kunna tänka sig mer forskning kring kostnadsbesparingar inom läkemedel och sjukvård.⁹⁸ En annan mer invecklad diskussion är ökat inslag av receptfria läkemedel och självmedicinering.⁹⁹ En annan idé är att införa ekonomisk ersättning för att ”vaffa”: rätt att ta ut kortare betald ledighet för vård av förälder.¹⁰⁰ En process för ökad effektivisering är att finansiellt samordna landstingets hälso- och sjukvård med bland annat Försäkringskassan, vilket kan bidra till ökad effektivitet i behandlingen av långtidssjukskrivna och möjligen även ökad kompetens i behandlingar.¹⁰¹ En fråga som borde diskuteras mer är huruvida Riksbankens inflationsmål på 2 % är förenligt med hög sysselsättning och låg arbetslöshet.

Denna rapport illustrerar ett tänkbart scenario för framtiden med förslag för politikens inriktning. Scenariot bygger även på en rad antaganden som ligger utanför politikens direkta sfär. Redan vid mycket små variationer i exempelvis barnafödande kommer den demografiska utvecklingen att te sig radikalt annorlunda.¹⁰² Ett flertal tidigare demografiska framtidsprognoser har även visat sig felaktiga och fått skrivas om.¹⁰³ Det tål därför att understryka att denna rapport är att betrakta som ett diskussionsunderlag.

98 Lindgren (2009) Hur klara vårdens finansiering om 20-30 år

99 Svensson och Anell (2008) Värdet av receptfria läkemedel

100 Ulmanen (2008) Äldres döttrar – en stor och viktig grupp anhöriga i ljuset av anhörigstöd

101 Anell (2009) Hälsoekonomi

102 Lindh och Lundberg: ”Är framtidens demokrati åldrandeförsäkrad” i Alm och Palme (2008)

103 Batljan och Lagergren (2000) Kommer det att finnas en hjälpande hand?

8. Välfärdsstatens framtid

Både den senaste långtidsutredningen från Stockholms läns landsting och den senaste statliga Långtidsutredningen (2008) menar att framtidens vård och välfärd inte kommer att kunna finansieras med skatter. Detta är helt felaktigt. Framtidens välfärd kan och bör precis som idag finansieras främst genom skatter. Detta förutsätter dock att skattemedlen används klokt och effektivt.

De senaste åren har en framträdande debatt inom vänstern handlat om privatiseringar. I framtiden vore det intressant att se en mer ingående diskussion kring de ekonomiska ersättningssystemen. Det finns anledning att diskutera båda dessa fenomen, inte minst inom vården men även inom skolan. Vi gör oss själva en stor otjänst om vi tror att huvudmannskapet och ägandeformen är den avgörande orsaken kring samtliga problem inom välfärdssektorerna.

Hälso- och sjukvårdens kostnader beror bland annat på dess ekonomiska ersättningssystem. Dåligt utformade ersättningssystem kan leda till att kostnaderna ökar utan att folk blir mer friska för det. På sikt kan detta medföra att kostnaderna stiger mer än intäkterna och gör skattefinansieringen omöjlig. Korrekt utformat kan ersättningssystemen både öka befolkningens välmående och samtidigt hålla kostnadsutvecklingen på en rimlig nivå.

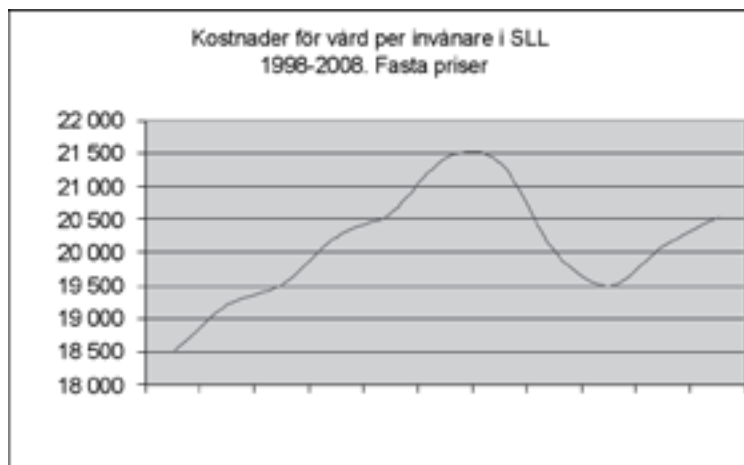
Vårdval Stockholm och Vårdval Sverige är två tydliga exempel på dålig användning av skattemedlen. En särskilt problematisk kombination är offentlig finansiering och avreglerat utbud, såsom fri etableringsrätt med garanterad rätt till skattemedel. Detta infördes i och med Vårdval Stockholm 2008 inom primärvården och prövades även i Stockholmsområdet i början av 1990-talet. Regeringen utreder nu hur detta ska kunna införas för alla former av vård i hela Sverige. Detta arrangemang medför att en större andel resurser med stor sannolikhet kommer att satsas på patienter som redan är relativt välmående, på bekostnad av dem som har störst behov av vård. Vårdens kostnader

kommer troligen att stiga kraftigt utan att Sveriges befolkning blir mycket friskare för det. På kort sikt ökar ojämlikheten. På längre sikt undergrävs hela välfärdsstatens utformning, finansiering och funktion.

Bilaga I: Vårdens kostnader 1998-2008

Figur I.1 visar kostnaderna per invånare för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting 1998-2008 i 2008 års priser. 1998-2003 steg kostnaderna med i snitt 3 % per år. 2003-2007 sjönk nettokostnaderna med i genomsnitt 1,5 % per år.

Figur I.1: Kostnader för sjukvården i SLL 1998-2008



Källa: Hälso- och sjukvårdsnämndens och -utskottets årsredovisningar; SCB; Regionplane-kontoret i SLL. Justerat för priser och löner med SKL landstingsprisindex.

Figur I.2 visar det totala antalet läkarbesök inom den öppna specialistvården och primärvården 1998-2008. Besöken ökade kontinuerligt, både när kostnaderna ökade och när de minskade.

Sedan 2001 genomför Vårdbarometern enkätundersökningar för att mäta medborgarnas upplevelser och intryck av vården. Figur I.3 visar resultaten

från Vårdbarometerns enkätundersökningar 2001-2006 för befolkningen i riket och Stockholms län. De svarandes tillfredsställelse av vården samt upplevd tillgänglighet ökar under hela perioden. Även om ökningstakerna varierar något märks inga tydliga avbrott just åren 2004-2006 då landstingets totalkostnader för vård sjönk mätt i fasta priser.

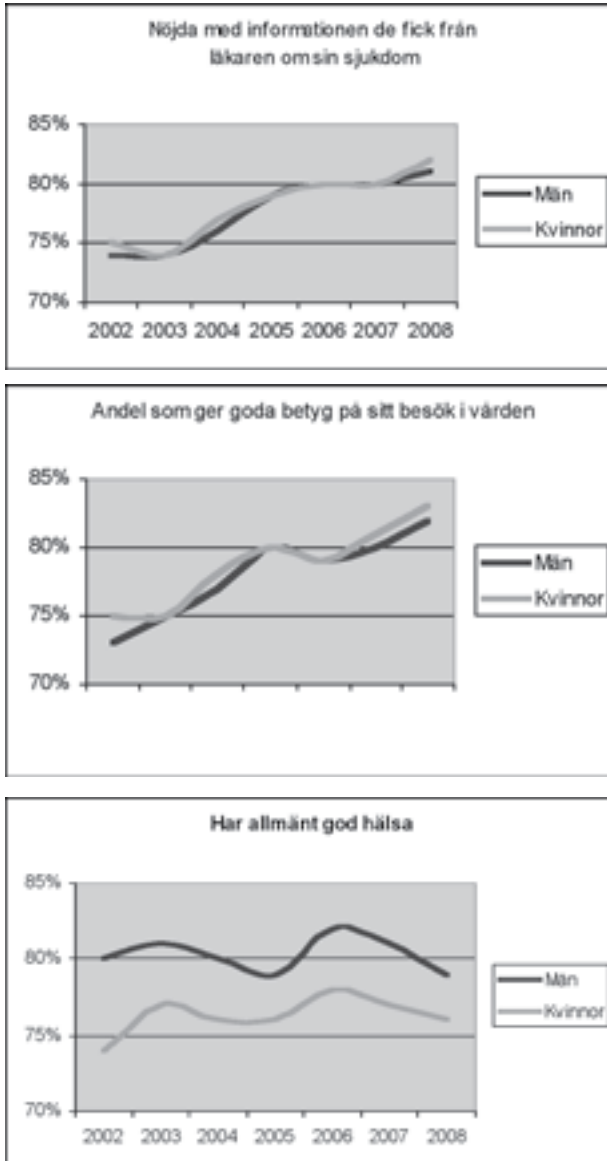
Figur I.2. Antal läkarbesök

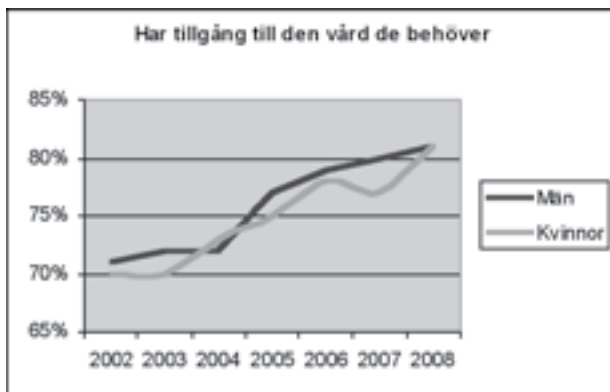


Källa: Regionplanekontoret Stockholms läns landsting

Figur 1.3: Resultat från Vårdbarometern

Diagrammen visar andel av de svarande som uppgivit betyg 4 eller 5 på en skala från 1-5 där 5 är bästa betyg.





Källa: Vårdbarometern

Bilaga II: Ekonomiska ersättningssystem

Nedan följer en genomgång av vanligt förekommande ersättningssystem. ”Russinen ur kakan” syftar på när vårdgivare främst väljer lätta patienter med relativt enkla och tydliga diagnoser framför tyngre mer komplicerade, och därför dyrare patienter. Denna typ av sidoeffekter riskerar i sin tur att försvaga de positiva sidorna av olika ersättningssystem varför sambanden egentligen är avsevärt mer komplicerade än vad tabellen kan ge intryck av.

Rörliga, ofta prestationsbaserade, ersättningssystem började spridas i Sverige under 1980-talet efter en längre tid av huvudsakligen fasta anslag. Sedan dess har det blivit allt mer vanligt med rörliga ersättningsformer. Under 1990-talet ökade intresset för kostnadskontroll, vartefter det skett en relativ ökning av fasta ersättningar igen.¹⁰⁴

104 Jacobsson (2007) Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården

| Fast ersättning | Positivt | Negativt |
|---|--|--|
| Traditionellt anslag Fast ersättning genom förhandling mellan vårdgivare och myndighet | Kostnadskontroll | Inga incitament för att öka produktion, produktivitet, effektivitet eller patient-service. |
| Kapitation Halvfast. Ersättning per individ, t.ex. inom geografiskt område eller genom listning | Billig produktion. Hög kostnadskontroll. Gynnar preventiva insatser. | Russinen ur kakan. |
| Rörlig ersättning | Positivt | Negativt |
| Målrelaterad ersättning Ersättning för en av landstinget fastställd målsättning, exempelvis nöjdare patienter. | Öka produktion. Öka produktivitet. Öka kvalitet och service. | Svårt att utforma. Målrelaterad verksamhet kan missgynnas. Russinen ur kakan. |
| Ersättning per produktionsgrupp Exempelvis per DRG-åtgärd. | Ökad produktion. Kan öka produktiviteten. | Russinen ur kakan. Låg kostnadskontroll. Kan manipuleras. |
| Produktionsrelaterad ersättning I förväg fastställd ersättning per utförd åtgärd, t.ex. operation eller läkarbesök. | Ökad produktion. Bättre patientservice. Kan öka produktiviteten. | Svårt att utforma. Russinen ur kakan. Sänkt vårdkvalitet. Låg produktivitet. Låg kostnadskontroll. |
| ”Fee for service” Samma som ”Produktionsrelaterad ersättning” men betalning per utförd åtgärd sker i efterhand. | Ökad produktion. Bättre patientservice. | Mycket låg kostnadskontroll. Risk för sämre produktivitet och effektivitet. |

Källa: Främst Jacobsson (2007) Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården

Lästips

Texter om välfärdens framtida finansiering

Alm S. och Palme, J. (red.) (2008) *Fjorton perspektiv på framtiden*, Institutet för framtidsstudier. Finns att ladda ned gratis på internet.

Dan Andersson m.fl. (2008) *Vem betalar för välfärden år 2020?*, Bilda förlag

Sveriges kommuner och landsting (2009) *Tjugo samtal om välfärdens finansiering på sikt*. Finns att ladda ned gratis på internet.

Wetterberg, G. (2008) *Efter fyrtiotalisterna*, Kommunlitteratur

Allmänt om hälsoekonomi

Anders Anell (2008) *Hälsoekonomi*, Studentlitteratur

Socialstyrelsen (2009) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Finns att ladda ned gratis på internet.

Wilkinson, R. och Pickett, K. (2009) *The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, Allen Lane. Kommer i svensk översättning 2010.

Från Vänsterpartiet

Ekonomisk politik för jämlikhet och välfärd. Rapport från 2007. Finns att ladda ned gratis på följande adress: http://www.vansterpartiet.se/images/stories/media/dokument/rapporter/ekpol_hela.pdf

Källförteckning

- Alm S. och Palme, J. (red.) (2008) *Fjorton perspektiv på framtiden*, Institutet för framtidsstudier
- Andersson, D. m.fl. (2004) *Kan framtidens välfärd finansieras?* LO om LU, rapport från LO
- Andersson, D. m.fl. (2008) *Vem betalar för välfärden år 2020?*, Bilda förlag
- Andersson, R. (2009) *Framtidens välfärd kan finansieras utan skattehöjningar*, rapport från LO
- Andersson, W. (2009) *Gräddfil åt alla*, LIF
- Andrén-Sandberg, Å. (1994) *Diagnos Relaterade Grupper*, Liber Utbildning
- Anell, A. (2008) *Hälsoekonomi*, Studentlitteratur
- Ankarloo, A. (2005) *Kris i välfärdsfrågan*, Nixon
- Arvidsson, G. och Jönsson, B. (1997) *Politik och marknad i framtidens sjukvård*, SNS
- Batljan, I. och Lagergren, M. (2000) *Kommer det att finnas en hjälpande hand?* (bilaga 8 till statliga LU 2000)
- Blomqvist, P. (2005) "Privatisering av sjukvård: politisk lösning eller komplikation?" i Socialvetenskaplig tidskrift, 2-3: 169-189
- Bloom, D. E. m.fl. (2004) "The Effect of Health on Economic Growth: a production function approach" i World Development 32:1: 1-13
- Borg, P. (2009) *Den långsiktiga finansieringen*, rapport från ESO, Finansdepartementet
- Borgström, A. (2006) "Fler yngre gör höftledsoperationer" i Läkartidningen 103:36: 2535
- Brorström, B. m.fl. (2006) *Mått på välfärdens tjänster*, rapport från ESS, Finansdepartementet

- Burström m.fl. (2007) *Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län*, rapport 2007:5 från Centrum för folkhälsa, SLL
- Burström, B. (2008) "Vårdval – evidens och effekter för vård på lika villkor?" i *Läkartidningen* 105:43: 2992-2994
- Calltorp, J. (2008) *Ersättningsystem inom hälso- och sjukvården*, rapport från SKL
- Colombo, och Tapay, (2004) *Private health insurance in OECD countries*, rapport från OECD
- Chen, P. och Burström, B. (2005) *Betydelsen av reseavstånd och socioekonomiska faktorer för besök hos privata specialtläkare*, rapport från SLL Socialmedicin
- Cutler, D. och McClellan, M. (2001) "Is Technological Change In Medicine Worth It?" i *Health Affairs*, 20:5:11-29
- Dahlgren, G. (1994) *Framtidens sjukvårdsmarknader. Vinnare och förlorare*, Natur och kultur
- Dahlgren, G. (2008) "Reforms in Swedish primary health care: For whom and for what purpose?" i *International Journal of Health Services*, 38:4: 697-715
- van Doorslaer, E. m.fl. (2006) "Inequalities in access to medical care by income in developed countries" i *CMAJ*, 174(2): 177-183
- Engström, L-G. (2009) *Sickness Absence in Sweden*, avhandling från Karlstad universitet
- Ernst & Young (2008) *Patientmixens betydelse för effektiviteten hos husläkarmottagningar*, rapport beställd av Hälso- och sjukvårdsnämnden i SLL
- Esser, I. (2005) *Why Work?*, avhandling från Umeå universitet
- Ferraz-Nunes, J. m.fl. (2007) *Hälsoekonomi*, Studentlitteratur
- Furberg, E. (2007) *Ansvar för sin hälsa?*, rapport från PrioriteringsCentrum

Försäkringsförbundets webbsida (2009), URL: www.forsakringsforbundet.com

Försäkringskassan (2008) *Medelpensioneringsålder*

Gerdtham, U-G (1991) *Essays on International Comparisons of Health Care Expenditure*, Tema

Globaliseringsrådet (2008) *Varannan svensk okunnig om jobbskatteavdraget*, debattartikel, URL: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/08/06/74/35ffaa20.pdf>

Hagberg, L. m.fl. (2006) *Förebygga eller bota*, rapport från CDUST

Hogstedt, C. m.fl. (2006) *Hälsan på spåret*, rapport 2006:06 från Statens folkhälsoinstitut

Hälso- och sjukvårdsnämnden samt -utskottet, Stockholms läns landsting: Årsredovisning 1998-2008

Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting (2008) *Vårdval Stockholm 2008*. Första kartläggningen

Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting (2009) *Preliminär budget för HSN 2010 samt planering 2011-2012*

Jacobsson, F. (2007) *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården*, CMT Linköping

Jonsson, P. M. m.fl. (2006) *Hälso- och sjukvårdens strukturreformer*, rapport från Ansvarskommittén, Finansdepartementet

Jordahl, H. (2004) *Vårdskonsument eller soffpotatis?*, rapport från Timbro

Jönsson, B. m.fl. (2004) *Hälsa, vård och tillväxt*, välfärdspolitiska rådets rapport 2004, SNS Förlag

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (2009) *Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008*

Kliniken för onkologi, Karolinska universitetssjukhuset (2006) *Rapport Fördjupad uppföljning*

Knutson, M. och Wahlqvist, L. (2009) *Vårdval Sverige*, rapport från Timbro

Korpi, W. och Palme, J. (1999) *"Robin Hood, Matteus eller strikt likhet?"* i

Sociologisk forskning nr. 1 1999: 53-92

- Korpi, W. och Palme, J. (2003) *"New Politics in the Context of Austerity and Globalization: Welfare State Regress in 18 Countries, 1975-1995"* i American Political Science Review, vol. 97:3: 425-446
- Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet (2004) *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård*
- Landstingsrevisorerna i SLL (2002) Projektrapport 18/2002: *Hälso- och sjukvårdens ersättningssystem – delrapport avseende husläkarverksamhet/- primärvård*
- Landstingsrevisorerna i SLL (2002) Projektrapport 23/2002: *Hälso- och sjukvårdens ersättningssystem*
- Landstingsrevisorerna i SLL (2005) Projektrapport 26/2005: *Vårdens ersättningssystem – en uppföljande granskning*
- Lindgren (2009) *"Hur klara vårdens finansiering om 20-30 år"* i IHE information 2/2009
- Lithman T. m.fl. (2000) *Vårdtunga grupper*, rapport från Region Skåne
- LO (2001) *Så har vi råd med välfärden*
- Lundin, D. (2002) *"Klarar vi sjukvården?"* i Ekonomisk debatt, 4: 325-333
- Martos Nilsson, M. (2009) *"Krisen inget skäl att släppa heltidskravet"* i LO-tidningen 2009-06-30
- Mossialos, E. m.fl. (2002) *Funding health care: options for Europe*, European Observatory on Health Care Systems Series
- Nilsson, K. (2007) *Chefers attityder till äldre medarbetare inom kommunen*, rapport från Arbetslivsinstitutet
- Nordling (2008) *"Kostnad för all sjuklighet i Sverige"* i IHE information 1/2008
- NUTEK (2007) *Företagens framväxt i vård- och omsorgssektorn*
- NUTEK (2008) *Mer vård för pengarna – genom organisatoriska innovationer*
- Proposition 2003/04:100 2004 års ekonomiska vårproposition

Proposition 2008/09:100 2009 års ekonomiska vårproposition

Regionplanekontoret SLL (2007) *Stockholms Mälrarregionen.*

Framskrivningar för grundantaganden

Regionplanekontoret och Statistiska centralbyrån (2008) *Huvudrapport:*

Befolkningsprognos 2008-2017

Regionplanekontoret, Stockholms läns landsting (2008) *Årsstatistik 2008*

Regionplanekontoret, Stockholms läns landsting (2009) *Årsstatistik 2009*

Regionplanekontoret Stockholms läns landsting (2009) *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser på befolkningsnivå 2008*

Rehnberg, C. m.fl. (2008) *Lägesrapport – Vårdval Stockholm: Utveckling av kostnader, vårdutnyttjande och produktivitet under första halvåret 2008*, rapport 2008:2 från Centrum för folkhälsa

Riksförsäkringsverket (2001) *Arbetsgivares attityder till äldre yrkesverksamma*, rapport 2001:9

Roberts, J. (1999) ”*Sensitivity of elasticity estimates for OECD Health Care spending: analysis of a dynamic heterogeneous Data Field*” i *Health Economics* 8: 459-472

Sachs, J. (2001) *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, rapport från WHO

Schreyögg, J. och Kin, L.M. (2004) ”*Health-care Reforms in Singapore – Twenty Years of Medical Savings Account*” i *Dice-Report – Journal for institutional Comparisons* 2(3): 55-60

Socialstyrelsen (2006) *Befolkningens tandhälsa*

Socialstyrelsen (2006) *Omsorg människor emellan*

Socialstyrelsen (2006) *Äldres vård och omsorg i Skåne ur ett kostnadsperspektiv*

Socialstyrelsen (2008) *Hemsjukvård i förändring*

Socialstyrelsen (2009) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*

SOU 2000:7, *Långtidsutredningen 1999/2000*

SOU 2002:118, *Utveckling och förbättring av den ekonomiska statistiken*

SOU 2004:19, *Långtidsutredningen 2003/2004*

SOU 2008:105, *Långtidsutredningen 2008*

SOU 2008:108, *bilaga 1 till Långtidsutredningen 2008*

Statistiska centralbyrån (2009) *Arbetskraftsprognos 2009*

Statistiska centralbyrån (2009) *Arbetskraftsundersökningar*, databas, URL:
www.scb.se/aku

Stockholms läns landsting (2009) *Barnhälsovården årsrapport 2008*

Stockholms läns landsting (2009) *Framtidens hälso- och sjukvård. Långtidsutredningen om sjukvården i Stockholms läns landsting 2008-2025*, samt tillhörande delrapporter.

Stockholms läns landsting (2009) *Medarbetarfokus 2008*

Stockholms läns landsting (2009) *Årsredovisning 2008*

Stockholms läns sjukvårdsområde (2009) *Förvaltningsberättelse 2008*

Svallfors, S. (1996) *Välfärdsstatens moraliska ekonomi*, Boréa

Svallfors, S. (2003) *"Välfärdsstatens legitimitet: Åsikter om svensk välfärdspolitik i komparativ belysning"* i Sjukskrivning – försäkring eller försörjning, rapport från Försäkringskassan

Svallfors, S. (2004) *Klassamhällets kollektiva medvetande*, Boréa

Svenskt näringsliv (2009) *Konkurrensutsättning – var god dröj*

Svensson och Anell (2008) *"Värdet av receptfria läkemedel"* i IHE information 1/2008

Sveriges kommuner och landsting (2005) *Kommer vi ha råd med sjukvården?*

Sveriges kommuner och landsting (2005) *Hälso- och sjukvården till 2030*

Sveriges kommuner och landsting (2008) *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*

Sveriges kommuner och landsting (2008) *Svenska folket om finansieringen av välfärden*

- Sveriges kommuner och landsting (2008) *Vad får vi för pengarna?*
- Sveriges kommuner och landsting (2008) *Vårdbarometern. Årsrapport för år 2008*
- Sveriges kommuner och landsting (2008) *Välfärdsmysteriet?*
- Sveriges kommuner och landsting (2008) *Öppna jämförelser 2008*
- Sveriges kommuner och landsting (2009) *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2008*
- Sveriges kommuner och landsting (2009) *Tjugo samtal om framtidens hälso- och sjukvård på sikt*
- Sveriges kommuner och landsting (2009) *Vårdbarometern, databas*
- Thomson, S. och Dixon, A. (2006) "Choices in health care: the European experience" i J. Health Service Research & Policy, 11:3:167-171
- TCO (2004) *Remissyttrande på statliga Långtidsutredningen 2003/2004*
- TCO (2009) *Remissyttrande på statliga Långtidsutredningen 2008*
- TCO (2009) *Jakten på superarbetskraften III*
- Timbro (2009) *Allmänheten om den framtida finansieringen av välfärden*
- Ulmanen, P. (2008) "Äldres döttrar – en stor och viktig grupp anhöriga i ljuset av anhörigstöd" i Fokus på anhöriga till äldre, 4: 1-7
- Wanless, D. (2002) *Securing our Future Health*, brittisk statlig utredning
- Wanless, D. (2004) *Securing Good Health for the Whole Population*, brittisk statlig utredning
- Wilkinson, R. och Pickett, K. (2009) *The Spirit Level*, Allen Lane
- Wimo, A. och Jönsson, L. (2001) "Kan kostnaderna för äldres framtida vård- och omsorgsbehov beräknas?" i Läkartidningen 2001/38: 4042-4048
- Wreder, J. (2006) "Många LO-medlemmar utslitna långt före 65" i LO-tidningen 2006-12-07
- Öhrming, J. (2008) *Hälso- och sjukvårdens fragmentering*, SNS

Experter och utredare är överens. I framtiden kommer vi att vara tvungna att betala allt mer av skolan, vården och omsorgen direkt ur egen ficka. Men tittar man närmare på siffror och forskning framtonar en annan bild. Framtidens välfärd både kan och bör finansieras precis som idag, huvudsakligen genom skatt.

Erik Hegelund diskuterar i denna rapport sjukvårdens ekonomiska förutsättningar. Utifrån situationen i Stockholms läns landsting och utvecklingen sista tio åren menar han att vårdens framtida problem är kraftigt överdrivna. Texten är tänkt som diskussionsunderlag och kan läsas med behållning av både intresserade privatpersoner, anställda tjänstemän och landstingspolitiker från både höger och vänster.

Denna rapport kan beställas kostnadsfritt från Vänsterpartiet i Stockholms läns landsting och laddas ned gratis från webbsidan.

E-post: ingrid.falk@politik.sll.se

Telefon: 08-737 41 16

www.vansterpartiet.se/storstockholm



Vänsterpartiet
Stockholm