



KOMMISSIONEN  
FÖR SKATTENYTTA

# Friskare sjukvård

8 kritiska frågor om svensk sjukvård

– EN RAPPORT FRÅN KOMMISSIONEN FÖR SKATTENYTTA –

*Vad får vi för pengarna?*

Hör gärna av er med inspel till:

Bettina Kashefi, kanslichef [bettina.kashefi@skattenytta.se](mailto:bettina.kashefi@skattenytta.se)

Vill du stödja Kommissionen? Alla insamlade pengar används för Kommissionens löpande verksamhet.

Vårt swishnummer är: 123 077 17 58

Vårt bankgironummer är: 5822-8891

## Förord

Under hösten 2021 tog jag initiativet till bildandet av Kommissionen för Skattenytta. Målet var att det skulle vara en obunden och gentemot alla intressen självständig kommission. Bakgrunden var mina funderingar kring hur vi använder våra gemensamma resurser. Jag ställde mig frågan – hur kan vi få mer nytta för varje skattekrona?

Vårt arbete går ut på att ge svar på tre frågor:

- Vad får vi egentligen för våra skattepengar?
- Vad borde vi få för våra skattepengar?
- Hur kommer vi dit?

Kostnaderna för den bristande effektiviteten syns tydligast i form av ett direkt slöseri med våra gemensamma medel, men också i form av lägre tillväxt och därmed lägre skatteintäkter. Vårt arbete har tydligt visat att grundproblemet i Sverige sällan är en brist på resurser utan i stället oftast en brist i hanteringen av resurserna. Det finns inget tydligt samband mellan resurser och resultat i offentligt finansierade verksamheter.

Det dagliga arbetet på Kommissionen för Skattenytta leds av Bettina Kashefi. Övriga medarbetare är Ann-Marie Begler, Mats Bergstrand, Lars Jagrén, Mattias

Lundbäck och Oskar Rådehed. Föreliggande rapport, som ställts samman av Lars Jagrén, summerar kort behovet av ökad skattenytta och exemplifierar detta med 8 konkreta frågor som rör bristen på effektivitet i den svenska sjukvården. Det är denna typ av frågor som våra politiker och beslutsfattare borde ställa sig och försöka få svar på.

Kommissionens arbete har redan fått betydande genomslag i debatt och politik. Debatten om skattenytta och ineffektivitet är dock fortfarande i sin linda. Alltför få tar fasta på att en bortslösad skattekrona egentligen är en stöld från folket. Det vanliga politiska svaret på ett problem är fortfarande "mer resurser" snarare än att fråga om de befintliga resurserna kan användas bättre.

Vi fortsätter vårt arbete med oförminskad kraft. Välkommen att vara med på den fortsatta resan.

Leif Östling  
*Grundare och ordförande*  
*Stockholm, juni 2024*

För ytterligare information om våra aktiviteter hänvisas till [www.skattenytta.se](http://www.skattenytta.se).

# Inledning

Vårt välstånd och välfärd byggdes av företagande, utrikeshandel och internationell öppenhet. Men det baseras också på väl fungerande regelverk och institutioner, liksom på tillgång till infrastruktur och utbildning, d.v.s. på en effektiv offentligt finansierad sektor. Företagens framgångar skapade i sin tur jobb och skatteinkomster som ger förutsättningar för nya offentliga investeringar och för framväxten av välfärdsstaten.

En väl fungerande och effektiv välfärd (i hög grad skattefinansierad) är en helt nödvändig förutsättning för företagande, företagstillväxt och välstånd. Alla medborgare är givetvis beroende av att polis och rättsväsende fungerar och att det finns tillgång till vård, skola och omsorg.

Denna rapport beskriver inledningsvis kortfattat varför kraven på större skattenytta har ökat och kommer att öka än mer under kommande decennium. Den summerar vidare kommissionens analyser av den stora effektiviseringspotential som finns. I det efterföljande avsnittet konkretiseras och exemplifieras problemen och bristerna vad gäller den svenska sjukvården.

## De offentliga utgifterna hälften av BNP

De offentliga utgifterna i Sverige uppgår sammantaget till ca 2 800 miljarder kronor,

eller hälften av BNP. I den offentliga sektorn arbetar 1,6 miljoner personer eller omkring en tredjedel av samtliga förvärvsarbetande, och de offentligt ägda tillgångarna är värda omkring 10 000 miljarder kronor. De offentliga utgifterna finansieras till helt övervägande del via skatter. Utslaget på varje vuxen svensk (18 +) motsvarar det drygt 340 000 kronor!

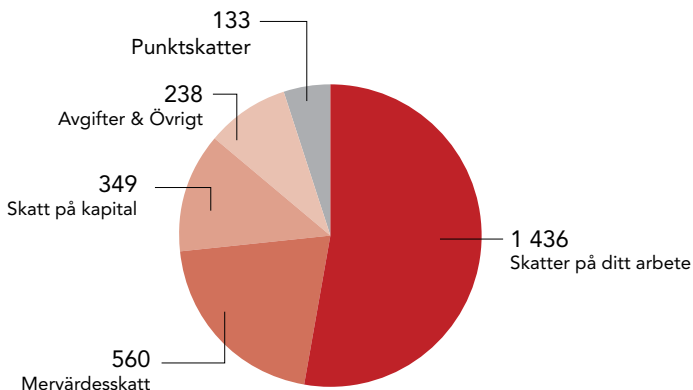
Skatteintäkterna domineras av skatter på arbete (inkomstskatter och arbetsgivaravgifter) som totalt sett uppgår till över 1 400 miljarder kronor, eller mer än hälften av de totala skatterna. Näst viktigast är momsens som ger 560 miljarder kronor, följt av kapitalskatterna med 349 miljarder kronor.

Av våra skattepengar var knappt 870 miljarder kronor (34 %) direkta skatter till kommuner och regioner. Dessa fick vidare ytterligare knappt 400 mdr av våra skattemedel i statliga bidrag. 440 miljarder kronor gick till pensioner och knappt 330 miljarder kronor som bidrag till hushållen. Statens egen verksamhet tog ca 360 miljarder av skattemedlen 2022.

Uppdelat efter ändamål används 37 % av skattemedlen (knappt 1 050 miljarder kronor) till socialt skydd, dvs pensioner, bidrag etc. Näst största området är utbildning med 17 % följt av hälso- och sjukvård med 14 %.

## Figur 1: Var skatterna kommer ifrån 2022

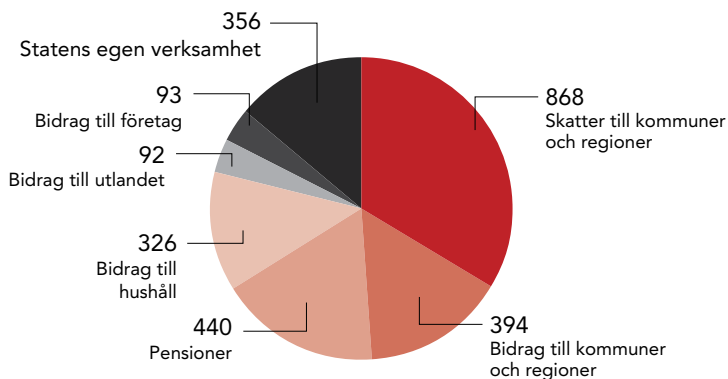
Totalt 2 715 mdr kronor<sup>1</sup>



Källa: Se [www.skattenytta.se](http://www.skattenytta.se) för definition och källor

## Figur 2: Vem fick våra skattepengar 2022

Totalt 2 570 mdr kronor

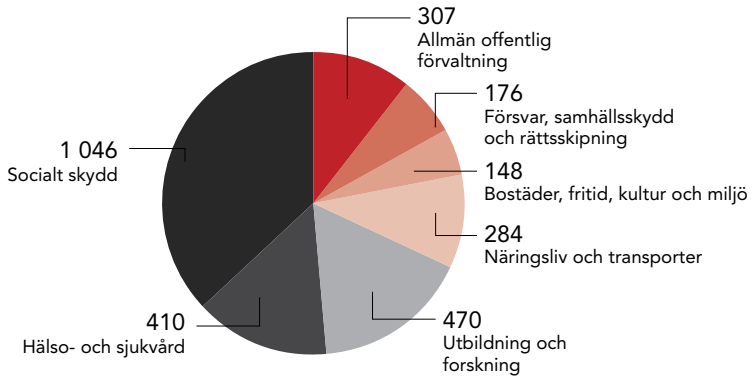


Källa: Se [www.skattenytta.se](http://www.skattenytta.se) för definition och källor

<sup>1</sup> Skillnaden mellan de olika beloppen i de tre diagrammen förklaras huvudsakligen av att skatteintäkter och utgifter/kostnader inte följs åt tidsmässigt. Beslut om utgifter fattas t.ex. oftast på basis av föregående års skatteintäkter. Vidare skiljer definitionen av avgifter respektive skatter mellan källorna vad avser var de offentliga intäkterna kommer ifrån och var de används.

### Figur 3: Vad användes skatten till 2022

Totalt 2 841 mdr kronor



Källa: Se [www.skattenytta.se](http://www.skattenytta.se) för definition och källor

Men kunskapen om hur mycket vi betalar i skatt är begränsad. Undersökningar visar att vi enskilda skattebetalare betalar betydligt mer i skatt än vi tror. Den bristande transparensen vad gäller skatterna liksom bristen på enkla jämförelser mellan hur servicen i olika kommuner fungerar är ett stort problem. Hur ska man egentligen kunna bedöma vad man får för pengarna om man inte vet hur mycket som betalas in i skatter och avgifter? Det är ett demokratiskt problem och det är ett effektivitetsproblem.

### Målen nås inte i den offentliga verksamheten

De höga skatterna till trots nås alltför sällan de politiska målen så som de uttrycks i

lagar och myndighetsdirektiv. För flertalet medborgare är det också tydligt att Sverige har betydande problem t.ex. vad gäller:

- Otrygghet och brottslighet, framför allt kopplat till gängkriminaliteten
- Fusk och kriminalitet i välfärdssystemen
- Generellt sett ojämna skolresultat och alltför många elever som lämnar skolan utan fullständiga betyg
- Långa vårdköer
- Bristande underhåll av infrastrukturen
- Kraftiga kostnadsöverdrag i stora infrastrukturprojekt
- Osäker elproduktions- och överföringskapacitet

- Dåligt fungerande integration
- För många som lever på olika bidrag

Långsiktigt är internationell konkurrenskraft grundförutsättningen för fortsatt välfärd och välstånd. Det är genom en hållbar tillväxt som nya resurser skapas för att klara framtidens behov. Regelverk och skatter måste uppmuntra arbete, företagande, entreprenörskap och innovationer. Skatter som inte är internationellt konkurrenskraftiga innebär istället en risk för svagare konkurrenskraft, för mindre incitament till företagande, jobb och utbildning samt en större svart sektor. Skatter skapar dessutom ofta snedvridningar mellan varor och tjänster som är beskattade på olika sätt, eller minskar motiven att ta ett arbete. **Sverige behöver skatter och regelverk för den offentliga sektorn som både är kortsiktigt effektiva och långsiktigt förutsägbara för att stödja en hållbar tillväxt.** Detta är än viktigare i en tid när omvärlden förändras och kraven på effektivitet ökar.

## Omvärldsförändringar ökar kraven på effektivitet och skattenytta

Behovet av effektivitet i hanteringen av skattemedel har ökat. Till de faktorer som driver på finns:

**Demografi:** Antalet personer som är 80+ kommer under de kommande 10-15 åren att öka betydligt snabbare än antalet personer i arbetsför ålder. Detta leder till en kostnadsökning i äldre- och sjukvården samtidigt som antalet nettoskattebetalare utvecklas svagt. Färre personer

måste helt enkelt försörja allt fler. Detta riskerar att leda till ett tryck uppåt på skatterna med försämrade konkurrenskraft som följd.

**Nya behov:** Rysslands brutala anfallskrig, behovet av återuppbyggnad av försvaret och NATO-anpassning medför nya nödvändiga utgifter. Även kampen mot den systemhotande gängkriminaliteten kan komma att kräva resursinsatser.

**Brist på personal:** Prognoserna över personalbehoven i den offentliga sektorn och i näringslivet visar tydligt att det helt enkelt inte finns tillräckligt med resurser för att tillgodose alla behov, speciellt som det redan är brist på personal med rätt kompetens i stora delar av näringslivet. Bättre utbildning och integration av dagens arbetslösa kan bara i liten utsträckning lindra problemen. Lösningen måste istället vara att öka produktiviteten i den offentliga sektorn där den överhuvudtaget inte ökat eller t.o.m. minskat enligt tillgängliga studier.

**Orimliga skillnader mellan kommuner:** Det finns för många offentliga verksamheter orimliga skillnader mellan olika kommuner vad avser framför allt skolans resultat eller äldreomsorgens kvalitet, men även vad gäller sjukvården. Detta strider mot lagstiftning m.m. Till exempel anges i hälso- och sjukvårdslagen<sup>2</sup> att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

<sup>2</sup> Tredje paragrafen , första stycket.

## Det finns en stor effektiviseringspotential

Kommissionens analyser pekar på att det kan finnas en effektiviseringspotential på lång sikt på omkring 300 miljarder kronor inom de områden kommissionen granskat (se tabell nedan). Detta kan jämföras med Sveriges samlade BNP som uppgår till ca 5 600 miljarder kronor, eller de samlade offentliga utgifterna på omkring 2 800 miljarder kronor. Inom samtliga de områden (skola, vård och omsorg) som granskats är möjligheterna till effektiviseringar stora, i flertalet fall åtminstone mellan 5–10 procent av verksamhetens kostnader, men ibland upp till 25 procent.

För att göra besparingspotentialen på 300 mdr mer förståelig kan man notera att den motsvarar i grova drag 75 % av kostnaden för hela den offentliga vården, eller avse-

vårt mer än kostnaden för försvar, samhällsskydd och rättsskipning tillsammans.

Det är viktigt att poängtera att den totala potentialen sannolikt är betydligt större eftersom analysen saknar betydande delar av de offentliga utgifterna, t.ex. ingår inte olika typer av näringspolitik och företagsstöd.

En ytterligare faktor som pekar på en betydande effektiviseringspotential är att de reala kostnaderna, (dvs korrigerat för inflationen) inom samtliga studerade områden har ökat snabbare än priserna totalt i samhället. Detta förklaras i hög grad av att de olika prisindex som finns för kommunernas och regionernas verksamhet stigit snabbare än både konsumentpris- och tjänsteprisindex. Detta beror i sin tur på en svagare produktivitet utveckling i den offentliga sektorn. Att förbättra produktiviteten bör därmed vara en huvudfråga för de politiska beslutfattarna.

Tabell 1: Stor effektiviseringspotential

Område	Effektiviseringspotential
Skolan	10 Mdkr
Sjukvård	100 Mdkr
Äldreomsorg	40 Mdkr
Felaktiga utbetalningar i trygghetssystemen	20 Mdkr
Fängelser	5 Mdkr
Offentlig upphandling	100 Mdkr
Infrastruktur	> 25 Mdkr
<b>Totalt</b>	<b>&gt; 300 Mdkr</b>

Anm: Kommissionens rapporter har på olika sätt beräknat effektiviseringspotentialen. I tabellen ovan återges ett försiktigt skattat snitt på basis av de olika bedömningarna.



# Sjukvården – hög kvalitet, men stora effektivitetsbrister

Sverige tillhör de länder i världen som satsar mest på sjukvård. År 2020 utgjorde sjukvårdens andel av BNP 11,5 procent enligt OECD. Den svenska sjukvården är i flera avseenden världsledande och på många sätt av mycket hög kvalitet, men samtidigt pekar analyser och statistik på stora skillnader över landet, på problem med långa vårdköer och inte minst på att det finns mycket att lära från andra länder.

Ett stort problem är den svaga produktivitet utvecklingen. Enklast visar den sig om man jämför befolkningsutvecklingen med sysselsättningen i vården. Personaltätheten per invånare har ökat med 10 procent sedan 2006 (med hänsyn tagen till den ökning av köpt verksamhet som gjorts, och även korrigerat för ett större vårdbehov till följd av den ökade andelen äldre). Trots detta växer alltså köer och tillgängligheten blir sämre.

## Åtta frågor om sjukvården

Bristerna i den svenska sjukvården pekar på att det finns grundläggande problem vad gäller strukturer, och regelverk liksom vad gäller ledning och styrning. Problemen kan tydliggöras och konkretiseras av ett antal frågor om effektivitet, lika vård och internationella lärdomar. Det är dessa frågor som politiken borde diskutera och ha svar på – **innan** man tar till standardsvaret att den **enda** lösningen är nya resurser.

### 1.

**Sverige lägger mer än elva procent av BNP på sjukvård – fjärde högsta inom EU – ändå är våra väntetider längre än i länder som lägger mindre pengar på vård. Varför?**

En internationell enkätundersökning, som genomförs vart tredje år i elva OECD-länder, visar att Sverige presterar sämst när det gäller andelen patienter som fått en planerad behandling eller operation inom en månad. I Sverige får bara 23 procent insatsen inom en månad, medan genomsnittet för övriga länder var cirka 50 procent. I Sverige hade 52 procent väntat längre tid än en månad på specialistbesök. I Nederländerna, Tyskland och Schweiz är andelen betydligt lägre (runt 23-25% enligt Commonwealth fund).

*Den naturliga frågan är: Vad går att lära av de länder som har kortare väntetider än Sverige - och försöker våra politiker göra det?*

### 2.

**Hur kommer det sig att köerna förblir långa, samtidigt som antalet läkare fördubblats på ca 20 år?**

Problematiken kan också illustreras – och något måste vara fel - när vårdkö-

erna förblir långa, trots att vi gått från 11 000 praktiserande läkare år 1970 till 44 000 läkare i dag, dvs. en fyrdubbling medan befolkningen bara ökat med drygt 30 procent. Närmare 430 000 står i kö för att träffa en specialist och av dem har 135 000 patienter väntat längre tid än tre månader<sup>3</sup>.

*Hur kan det blivit så fel – och hur vill våra politiska makthavare möta problemen?*

### 3.

#### **Sverige har, jämfört med övriga OECD-länder, en hög läkartäthet, men varför träffar läkarna inte patienterna?**

En svensk läkare träffar patienter en relativt liten del av sin arbetstid. 1/3 av arbetstiden utgörs av patientkontakter, 1/3 av nödvändig administration och uppföljning och 1/3 bedöms vara onödig administrativ tid med dåligt fungerande IT-system och arbetsplanering. Svenska läkare träffar patienter en tredjedel av snitttiden i OECD trots att läkartätheten ligger bland de högsta i OECD. Svenska läkare träffar 501 patienter per år, medan snittet i OECD är 1 788 (2021). En dubblering av antalet besök per läkare skulle också avhjälpa den brist på läkarpatienttid lett till den stora användningen av stafettläkare som i sin tur bidrar till otrygghet hos patienten och bristande kontinuitet inom hälso- och sjukvården.

*Hur kan det vara så, och vilka lösningar har våra politiska beslutsfattare?*

### 4.

#### **Varför är svenska akutsjukhus mindre produktiva än sjukhusen i våra nordiska grannländer?**

Kommissionen för Skattenyttas rapport "Bäst och sämst på vård" (Claes Rehnberg) visar att svenska akutsjukhus generellt är mindre produktiva än sjukhusen i Danmark och Finland, dvs har högre kostnad per vårdinsats.

*Varför är det så – och vad kan vi lära av våra nordiska grannar? Varför diskuteras inte detta oftare på politisk nivå?*

### 5.

#### **Är det rimligt att fattiga får sämre vård för prostatacancer?**

Svensk sjukvård ska enligt lag vara jämlik, men andelen högutbildade som får en tidig prostatacancerdiagnos (stadium I) är nästan fem procent högre än för lågutbildade enligt Vårdanalys<sup>4</sup>. Sen diagnos leder till onödigt lidande för patienterna och högre kostnader för samhället.

*Hur ser våra politiker på detta? Hur kan det vara så, och vilka lösningar har våra politiska beslutsfattare?*

<sup>3</sup> [Rhttps://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/tillganglighetovertid.44513.html](https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/tillganglighetovertid.44513.html).

<sup>4</sup> Vårdanalys 2019:8 "Omotiverad olika – socioekonomiska och regionala skillnader i vården"

## 6.

### Är det rimligt att invandrare får vänta längre på bröstcancerbesked?

Andra data från Vårdanalys rapport skiljer det nästan sju procentenheter i andel patienter som får tidigt besked om bröstcancer (stadium I) mellan inrikes och utrikes födda. Hur kan vi säkra en mer likvärdig vård i olika delar av landet och mellan olika grupper?

*Är detta något som bekymrar våra politiker och om ja – vad gör de åt det?*

## 7.

### Varför är det så stor skillnad i produktivet mellan svenska sjukhus?

Statistiken visar att det är mycket stora skillnader i kostnad mellan svenska sjukhus även med hänsyn tagen till strukturella faktorer som ålder, vårdmetod etc. S:t Görans sjukhus i Stockholm är mest produktivt. Kostnaden per producerat DRG-poäng<sup>5</sup> är för det sjukhuset 56 451 kronor år 2022 medan snittet i Sverige är 68 440.

*Vad beror dessa skillnader på och vad kan läras av de bästa sjukhusen? Varför diskuteras inte den typen av analyser mer?*

## 8.

### Varför använder en sjuksköterska bara 20 procent av sin arbetstid till direkt patientarbete?

En studie av P. Almström (Chalmers, 2016) visar att bara en femtedel av en sjuksköterskas tid används till direkt patientarbete. Andra indikationer på detta är att uppemot 15 procent av arbetstiden åtgår till inloggning i olika administrativa system (Kjöllér 2022).

*Skulle arbetstiden kunna användas bättre med bättre ledarskap och andra regler? Hur kommer det sig att våra politiska beslutsfattare ofta tror att nya resurser kan lösa problemen i offentlig sektor?*

### Sjukvårdens kostnader 400 miljarder – effektiviseringspotentialen 100 miljarder

Kommissionen för Skattenyttas analyser visar att den samlade potentialen för effektivisering i sjukvården (som uppstår till följd av brister i organisation, felaktig vård, avsaknad av förebyggande vård, långa vårdköer, brist på IT-system m.m.) uppgår till cirka 100 mdr (se tabell nedan). Detta motsvarar omkring en fjärdedel av de samlade kostnaderna för sjukvård/hälsa i Sverige.

<sup>5</sup> DRG-poäng är en klassificeringsprincipen som gör att medicinskt likartade vårdkontakter, som dessutom är ungefär lika resurskrävande, kan sorteras in i en och samma grupp. DRG är således ett sätt att beskriva patientsammansättning mycket mer överskådligt än om verksamheten skulle beskrivas med tusentals enskilda diagnos- och åtgärds-koder. Man kan därmed även analysera kostnadskillnader etc på ett rättvist sätt.

**Slutsatsen står klar:** Effektiviseringspotentialen är stor. Möjligheten att öka patient- och medborgarnytan är också stor. Detta förutsätter att våra politiska beslutsfattare uppmärksammat problemen, avser att åtgärda dem och är beredda att vidta åtgärder såsom:

- Ökad benchmarking både inom Sverige och med andra länder
- Översyn av de administrativa regelverken / regelbördan
- Ökad kommunal / regional revision och uppföljningar
- Inrätta ett statligt effektiviseringskansli och återkommande effektiviseringsuppföljningar i statsbudgeten
- Fokus på ledarskap
- Ökad konkurrens och effektivare offentliga upphandlingar

Framför allt kräver det insikten att nya resurser inte löser grundproblemen i den svenska sjukvården.

Tabell 2: Slöseri i värden

Domän	% av total möjlig besparing	(+/-) för svenska förhållanden	Uppskattad total besparing (miljarder kronor)
<b>VÅRD</b>			
<b>Vårdens arbetssätt</b>			
Vårdskador	3%	(+)	3
Läkar-initierad ineffektivitet	1%		1
Avsaknad av förebyggande åtgärder (vaccination, livsstilsförändringar, övervikt, diabetes, etc.)	12%		12
<b>Koordinationsproblem</b>			
Onödiga vårdtyg på sjukhus	4%	(+)	4
Återintag på sjukhus inom 30 dagar	2%		2
<b>Överbehandling &amp; vård av begränsat värde</b>			
Onödig läkemedelsanvändning	4%		4
Onödig screening, provtagning och behandling	3%		3
Överanvändning av vård i livets slutskede	5%	(-)	5
<b>Delsumma:</b>	<b>33%</b>		<b>33 miljarder kr</b>
<b>PRISSÄTTNING</b>			
<b>Omotiverat höga kostnader</b>			
Dyrare läkemedel än nödvändigt	20%		20
Överdebitering av utförda vårdtjänster	4%	(-)	4
Överdebitering av laboratorietjänster	4%	(-)	4
<b>Fusk &amp; bedrägeri</b>			
Felaktiga debiteringar	8%	(-)	8
<b>Delsumma:</b>	<b>36%</b>		<b>36 miljarder kr</b>
<b>ADMINISTRATIV</b>			
<b>Administration &amp; byråkrati</b>			
Onödig registrering och felaktig diagnoskodning	29%	(-)	
Läkartid använd för rapportering av vårdkvalitet och kvalitetsregistrering	2%	(-)	2
<b>Delsumma:</b>	<b>31%</b>		<b>31 miljarder kr</b>
<b>Totalsumma:</b>	<b>100%</b>		<b>100 miljarder kr</b>

Källa: Skattenytta (Nordenström 2022)







**KOMMISSIONEN  
FÖR SKATTENYTTA**

[skattenytta.se](http://skattenytta.se)